

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

N°

245

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Mai 1907, à 1 heure

PAR

Abel LÉVI-BRAM

DE

L'Assistance Médicale des Indigènes d'Algérie

PARTICULIÈREMENT

ASSISTANCE MÉDICALE DES FEMMES ET DES ENFANTS

(Essai de cette Assistance pour les Femmes et les Enfants)

Président : M. PINARD, professeur

Juges { *MM. KIRMISSON, professeur*
SEGOND, professeur
WALLICH, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		Ch. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		GRANCHER
Maladies des enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		LE DENTU
Clinique chirurgicale	}	TERRIER
		BERGEN
		RECLUS
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	}	N...
		PINARD
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LEGREY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANCON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (André)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE, A MA FEMME, A MA SŒUR
A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine
Professeur de Clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'honneur.

DE
L'Assistance Médicale des indigènes d'Algérie

FARTICULIÈREMENT

**Assistance Médicale des femmes
et des enfants**

*(Essai de cette assistance pour les femmes
et les enfants).*

AVANT-PROPOS

Arrivé à la dernière étape de notre vie scolaire nous avons un devoir bien doux à remplir : c'est une dette de reconnaissance envers tous ceux qui nous ont aidé dans le cours de nos années d'études. Nous sommes bien heureux de pouvoir ici les en remercier publiquement.

Au terme de nos travaux notre pensée se reporte vers nos débuts. Notre souvenir va jusqu'à la mémoire de celui qui n'est plus et qui fut notre premier maître, le Dr Dreyfus-Brissac; c'est pendant nos deux années de stage dans son service à l'hôpi-

tal Lariboisière que nous fûmes initiés à l'étude de l'examen méthodique des malades.

C'est dans le service de M. le Dr Launay, à la Charité, que nous avons appris la chirurgie.

Nous n'oublierons pas notre stage de deuxième année dans le service de M. A. Petit, à l'Hôtel-Dieu, ainsi que la sollicitude dont nous entoura M. le Dr R. Marie.

Que M. Méry, professeur agrégé, chargé du cours de clinique infantile, reçoive l'assurance de notre profonde gratitude.

Elève de M. le professeur Pinard nous avons suivi pendant plus de deux ans, avec assiduité, les leçons magistrales où cet éminent éducateur met toute son ardeur et toute son âme. Après avoir été pour nous le meilleur des maîtres, il veut bien nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il nous permette de l'assurer ici de notre grande admiration et qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

Nous ne pouvons oublier notre ami, M. Mouchotte, chef de clinique de Baudelocque, dont les bons conseils ne nous ont jamais manqué. Nous sommes heureux de pouvoir lui offrir ce faible témoignage de notre sincère reconnaissance.

Nous devons remercier ici toutes les personnes qui nous ont si aimablement aidé dans la préparation de ce modeste travail. M^{me} la doctoresse J. Légey, directrice de la clinique des femmes indigènes d'Alger et M^{me} la doctoresse Chellier-Castelli, directrice de la

clinique indigène Marie Loubet, à Maison Carrée. Toutes deux se sont mises gracieusement à notre disposition pour nous faciliter l'étude du fonctionnement de l'assistance aux femmes arabes.

Que M^{lle} la doctoresse Deschamps, directrice de la clinique des femme indigènes de Bône, reçoive nos plus sincères remerciements pour les renseignements qu'elle nous a fait parvenir sur son service et pour les observations inédites dont elle a bien voulu nous faire part.

Nous remercions vivement la doctoresse Eudel pour les renseignements qu'elle nous a envoyés et nous n'oublierons pas non plus M^{me} la doctoresse O. de Griniéwitch.

Nous devons aussi un témoignage de gratitude à M. le Dr Trenga, médecin de colonisation hors cadres, répétiteur général des auxiliaires médicaux indigènes, qui fut pour nous un aide d'une grande compétence. Nous l'avons souvent mis à contribution et il voulut bien nous accompagner dans nos visites chez M^{me} Légey et chez M^{me} Chellier-Castelli. Grâce à son amabilité nous avons pu approfondir certaines questions. Sa connaissance parfaite de la langue arabe nous fut d'une grande utilité pour prendre des renseignements auprès d'indigènes hommes ou femmes et particulièrement auprès de l'infirmière de la clinique d'Alger, une ancienne matrone. Nous ne savons comment nous acquitter envers lui et le prions d'agréer l'assurance de notre entière sympathie.

Nous n'aurons garde d'oublier notre excellent ami, M. William Oualid, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel d'Alger, qui s'est gracieusement mis à notre disposition pour l'étude de toutes les questions administratives et légales qui nous ont servi pour notre travail. Nous le remercions tout particulièrement.

M. Berthoud, secrétaire adjoint du syndicat commercial algérien, a bien voulu se charger de l'illustration photographique de notre thèse.

Plusieurs amis furent mis à contribution par nous pour des recherches ou des renseignements précis. Nous les prions tous d'accepter nos sincères remerciements.

INTRODUCTION

S'il est possible, en thèse générale, d'admettre que l'art de guérir est aussi vieux que le monde lui-même, il n'en est pas moins hors de doute que, seul le développement scientifique de la médecine a rapidement créé, dans notre société moderne, des obligations nouvelles, des besoins presque inconnus aux générations qui précédèrent notre siècle. Ainsi l'*Assistance médicale*, telle que nous la concevons aujourd'hui, est manifestement née de cette science inconnue hier encore, l'*hygiène sociale*.

Nous savons bien maintenant que la conservation de l'espèce humaine est liée à la conservation de l'individu, non plus considéré, selon les conceptions égoïstes et étroites de l'antiquité, comme un être à part, vivant par lui-même et pour lui-même, mais comme une partie indivisible, comme une cellule dépendant du grand organisme qu'est la société humaine tout entière.

Les peuples civilisés modernes qui ont l'idée nette, rationnelle, scientifique de l'assistance médicale, en assurant les soins médicaux aux individus, en les mettant dans des conditions normales d'existence,

par l'application des principes de l'hygiène, de la prophylaxie des maladies, de la thérapeutique, etc., ont surtout en vue la sauvegarde et la conservation de la société tout entière.

Aussi, sans abandonner les sentiments bien humains et bien sociaux eux-mêmes de charité, de philanthropie, de justice même, les peuples civilisés s'efforcent, par des moyens purement scientifiques, d'arriver à l'organisation d'une assistance médicale solide. Cela est tellement vrai, dans la pratique que, pour conduire l'assistance médicale à ses fins réelles, des mesures jugées indispensables après certaines découvertes scientifiques sont rendues obligatoires, revêtent la forme stricte de prescriptions légales, d'ordres administratifs, de prohibitions réglementées et cela bien qu'elles paraissent assez souvent aux yeux du public, indifférent ou hostile, des mesures vexatoires ou constituant un véritable attentat à la liberté individuelle. Enfin, ce n'est bien souvent que longtemps après leur application administrative que certaines vérités de l'ordre scientifique sont complètement admises et acceptées par tous.

Il est donc évident qu'un des premiers éléments, qu'un des principes directeurs et primordiaux de l'assistance médicale est l'application rigoureuse dans la pratique de certaines acquisitions scientifiques sur lesquelles il est impossible de transiger sous peine de voir, à plus ou moins brève échéance, les œuvres d'assistance médicale, jugées les plus

utiles, être frappées d'insuccès, malgré les efforts les plus louables et les initiatives les plus généreuses.

Si nous recherchons, enfin, à déterminer les conditions matérielles d'une véritable assistance médicale, selon ces principes scientifiques inéluctables, nous sommes amenés à conclure que la première de ces conditions pratiques est une proportion rigoureusement normale entre le nombre des individus à assister et le nombre des praticiens appelés à fournir cette assistance. Une seconde condition, et elle est étroitement unie à la première, est qu'après avoir réuni un nombre suffisant de médecins, on mette à leur disposition tous les moyens de faire de l'assistance effective (médicaments, instruments de chirurgie, personnel satisfaisant d'aides, d'infirmiers, hôpitaux, et, à défaut, moyens pratiques de se rendre sur les lieux, domicile des malades, marchés, où devra être pratiquée l'assistance). Et il est nécessaire d'établir une proportion normale entre le chiffre des ressources fournies aux médecins en vue de l'assistance et le nombre des individus appelés à recevoir cette assistance. Enfin il nous faut examiner particulièrement une troisième condition de succès d'une assistance médicale réelle, surtout quand cette assistance doit s'exercer chez des populations dont les coutumes, les mœurs séculaires, diffèrent sensiblement, sans différer absolument, toutefois, de celles qu'on a l'habitude de rencontrer chez d'autres populations moins arriérées. L'assistance doit s'exercer, au même degré, pour être intégralement effec-

tive, sur tous les individus composant ces populations, *c'est-à-dire non seulement les hommes, mais encore les femmes et les enfants en bas-âge.*

Or, dès qu'on cherche à étudier la question particulière de l'assistance médicale des indigènes d'Algérie, on s'aperçoit immédiatement, pour peu qu'on examine de près la méthode employée et les résultats acquis et ceux restant à acquérir dans le domaine de cette assistance, qu'aucune des conditions que nous venons d'énumérer, n'a été parfaitement réalisée, quand il s'est agi d'organiser, selon nos conceptions, l'assistance médicale des indigènes.

Malgré tous les efforts, dignes d'éloges pourtant, tentés ces dernières années surtout par l'administration supérieure pour organiser cette assistance, malgré le zèle, la science et le dévouement de nombreux médecins, il n'est pas permis de se dissimuler que la tâche énorme de l'assistance médicale publique des indigènes d'Algérie est à peine ébauchée, et cela pour plusieurs raisons, d'ordre divers que nous nous proposons d'étudier. Nous insisterons particulièrement sur ce fait que, malgré d'excellents résultats, l'assistance médicale des femmes et des enfants en bas-âge indigènes est entièrement à créer.

Notre thèse aura une double physionomie et atteindra un double but en touchant à une question intéressante, toute d'actualité et réunissant, intimement liées, des considérations à la fois médicales et sociologiques.

La médecine est entraînée de jour en jour à péné-

trer, d'une façon de plus en plus profonde, les actes les plus importants de la vie sociale. Aussi nous espérons qu'on ne nous saura pas mauvais gré d'avoir choisi, pour sujet de notre thèse inaugurale, l'Etude de l'Assistance médicale des indigènes d'Algérie et en particulier des femmes et des enfants.

Que la sincérité de ce modeste travail soit notre excuse, si l'on y rencontre, dans un sujet aussi vaste et aussi controversé, quelques imperfections et quelques lacunes.

Dans la première partie de notre étude nous nous proposons d'étudier ce qui a trait à l'Assistance médicale des indigènes en général, pour, ensuite, dans une seconde partie, traiter plus particulièrement de l'Assistance médicale des femmes indigènes et des enfants en bas-âge.

PREMIÈRE PARTIE

Assistance Médicale des indigènes en général

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les populations musulmanes d'Algérie, comme d'ailleurs tous les peuples de la terre, connaissaient et pratiquaient l'art de guérir depuis un temps immémorial ; mais, avant l'arrivée des Français en Algérie, il n'est pas besoin d'insister sur ce fait que l'assistance médicale, telle que nous l'entendons, était totalement inconnue des indigènes.

Aujourd'hui encore, dans tout l'empire du Maroc, où les mœurs musulmanes anciennes se sont conservées intactes, on ne trouverait pas un seul hôpital musulman, aucune œuvre réelle d'assistance médicale sociale. Il en était de même en Algérie avant la conquête. Encore aujourd'hui la médecine est restée, chez les Arabes, ce qu'elle a été long-

temps chez nous : *individuelle* ; les indigènes n'ont pas la conception nette de médecine sociale. Leurs idées sur les contagés, sur le génie épidémique, idées qu'ils puisèrent dans les auteurs grecs, ne les amenèrent jamais à des notions, même rudimentaires, d'hygiène sociale, de prophylaxie des maladies.

Encore aujourd'hui, pour les Musulmans, lettrés ou ignorants, la maladie est un épisode individuel, spécial de l'existence particulière de tel ou tel homme ; c'est, comme ils le disent, une chose écrite par Dieu sur la page de la destinée de chacun (*Mek-toub*) et non une calamité inattendue, une catastrophe aveugle venant troubler, parfois affreusement, le cours ordinaire de la vie.

C'est pourquoi le médecin est considéré par les Musulmans, non pas comme un savant qui, par ses recherches, possède des armes bien humaines mises au service d'un de ses semblables pour repousser la maladie ennemie, mais bien plutôt comme une créature jouissant d'un don divin particulier, comme un intermédiaire béni entre la divinité et le patient, souvent puni d'une faute par une maladie et ayant besoin d'une intervention puissante pour être délivré de sa peine.

Cette conception antique de la médecine et des médecins, courante encore aujourd'hui chez les Musulmans, même lettrés, nous explique pourquoi, dans le cas de maladie, les indigènes ont recours, autant à des marabouts vénérés, à des personnages religieux qu'à des médecins. Les malades indigènes

attachent non seulement une vertu quelconque aux prières, aux écritures, aux amulettes de leurs personnages sacrés, mais encore une vertu identique aux remèdes, même ceux dont l'action physique est la mieux connue, la plus visible. Les indigènes rapportent communément tous les phénomènes de la nature à la puissance divine ; aussi les remèdes les plus énergiques sont considérés par eux, tout comme les autres pratiques surnaturelles de leurs guérisseurs, comme agissant par une vertu spéciale, accordée par Dieu.

Enfin un certain nombre de maladies sont considérées par les indigènes musulmans comme provoquées par des êtres invisibles, des génies (*djins*), qui s'emparent du corps de l'homme et le possèdent et on conçoit comment, même pour les Musulmans lettrés (le Koran admettant l'existence des génies) la maladie, dans la plupart des cas, est considérée comme un accident individuel.

Aussi, en admettant même que l'on retrouve, à grand renfort d'érudition, en forçant plus ou moins les textes, en les interprétant dans un sens très large, très moderne, en admettant que l'on retrouve dans les livres sacrés, dans les traditions, dans les mœurs des indigènes, des prescriptions canoniques, des coutumes immuables se rapportant à des préoccupations d'hygiène et de prophylaxie des maladies, il n'en est pas moins indiscutable, pour peu qu'on étudie la vie et les mœurs des indigènes, qu'ils ne se rendent pas un compte exact de l'importance de l'as-

sistance médicale considérée comme protectrice et conservatrice de la santé publique. Sans discuter la médecine et l'hygiène qui peuvent être contenues dans le Koran et dans ses commentateurs (et cette discussion fournirait la matière intéressante d'une étude spéciale), (1) si nous recherchons dans les mœurs des indigènes la marque de préoccupations semblables, tout au plus, une pratique courante chez certaines populations indigènes d'Algérie, la pratique de la variolisation, pouvait nous faire penser que, dans un cas, au moins, ces indigènes ont la notion bien nette de maladie contagieuse et, ce qui est bien mieux, d'inoculation de maladie contagieuse dans un but d'immunisation. Ce serait, puisque ces variolisations se pratiquent en grand par les indigènes au moment d'épidémies de variole, la démonstration de ce fait que les indigènes ne sont pas complètement étrangers aux notions de médecine collective.

Mais la variolisation chez les indigènes se fait dans des conditions tellement défectueuses qu'il est bien difficile d'y voir réellement une pratique destinée à sauvegarder la société contre une épidémie. De plus, à côté de cette pratique unique, on rencontre le plus souvent chez les indigènes d'Algérie, l'insouciance la plus grande et, surtout, l'ignorance la plus complète en ce qui concerne les principes les plus élé-

1. Cette étude critique a été ébauchée par le Docteur Trenga dans une courte notice : *Médecine moderne et Musulmans d'Algérie*.

mentaires de l'hygiène domestique et sociale. Ainsi la syphilis et la tuberculose, deux maladies si fréquentes dans toutes les classes de la société musulmane d'Algérie, ne sont pas nettement considérées par les indigènes comme des maladies contagieuses, et cela, non seulement chez les populations arriérées, mais même chez les habitants des grandes villes, pourtant accoutumés à une certaine hygiène, poussée même assez loin, comme en témoigne par exemple l'usage courant des bains maures (*hammams*) qui ne sont autre chose, du reste, que les thermes antiques. Les soins de propreté et de toilette corporelles, assez raffinés chez certains indigènes des villes, n'empêchent que ces mêmes indigènes mangent couramment en se servant d'ustensiles ayant servi à tel membre de leur famille qu'ils savent syphilitiques. De même, les vêtements d'une femme morte lentement de phthisie pulmonaire, vêtements bourrés de bacilles, servent ensuite à la fille et même à la petite fille, contaminant ainsi plusieurs générations à la filée, sans que les indigènes cherchent à se rendre compte de la cause de ces morts qu'ils attribuent, en fin de compte, à la volonté de Dieu.

Il ne faut pas nier, en effet, que dans un grand nombre d'actes de leur vie, les indigènes sont ce qu'on a été convenu d'appeler fatalistes. Cette manière d'être, chez beaucoup d'entre eux, les aide à supporter, dans bien des cas, certaines misères trop cruelles de l'existence. Mais il ne faut pas, à notre avis, exagérer la part de ce fatalismes qui obscur-

cirait, selon certains auteurs, même chez les plus intelligents et les plus instruits des indigènes, jusqu'à la compréhension et l'acceptation des notions les plus élémentaires et les plus indispensables à leur conservation et à leur bien-être. Nous ne croyons pas, pour notre part, qu'il faille considérer les indigènes comme des fatalistes aussi endurcis. Les indigènes, pour la plupart, sont beaucoup plus ignorants que fatalistes. Déjà en 1840, à une époque où les indigènes n'avaient pas eu le temps d'être modifiés par notre contact, notre genre de vie, nos idées, *Roland de Bussy*, qui peut être considéré comme un de ceux qui pénétrèrent bien l'âme arabe, disait :

« Le dogme du fatalisme, qui semble exclure toute idée de la conservation de soi-même ne paraît pas toutefois si fermement établi dans l'esprit des musulmans qu'il les rende complètement indifférents à leur sort. »

N'est-ce pas le cas de mettre cette phrase sous les yeux de ceux de nous qui, trop soucieux de respecter absolument tout dans une civilisation qu'ils craignent d'entamer justement parce qu'ils ne la connaissent pas bien et la jugent mal, prétendent conserver la civilisation musulmane telle qu'ils la trouvent actuellement chez les indigènes d'Algérie.

Au moins dans le domaine particulier de l'assistance médicale, nous devons faire ressortir ce fait que certains usages des indigènes d'Algérie, considérés à tort comme respectables, seront, tant qu'on les respectera, l'obstacle le plus grand à la diffusion de l'hygiène moderne, l'entrave la plus grande au

libre développement d'idées que les indigènes doivent nécessairement accepter, non seulement dans leur propre intérêt, mais encore dans notre intérêt à nous Français. La santé publique des indigènes étant intimement liée à la santé publique des Européens, il est urgent d'imposer aux indigènes, sans le souci ridicule de certaines coutumes, de certaines idées qui sont moins la caractéristique de la race arabe que le signe de l'ignorance des indigènes, il est urgent, répétons-nous, d'imposer aux indigènes les mesures nécessaires pour conserver leur santé quand ce ne serait tout simplement que pour arriver à conserver la nôtre. Peut-être ce sentiment purement égoïste suffira à ramener à nos idées quelques-uns de ceux qui trouvent encore, à l'heure actuelle, que l'assistance médicale des indigènes est une utopie dictée par la philanthropie la plus stérile ou, bien mieux, une œuvre dangereuse.

Il est bien entendu qu'en organisant l'assistance médicale des indigènes nous serons toutefois obligés de tenir compte, souvent dans une assez large mesure, des différences réelles existant entre la vie indigène prise en général et la vie européenne moderne. Mais chaque fois qu'une coutume, qu'une idée des indigènes nous paraîtra une entrave trop puissante au libre développement de la médecine suivant les principes modernes, il sera de notre devoir de tenter de modifier, dans la mesure du possible, cette coutume, cette idée, au profit d'une pratique normale de notre assistance médicale. Il est bien en-

tendu au contraire, que chaque fois que nous rencontrerons quelque habitude, quelque conception particulière aux populations musulmanes d'Algérie capable de faciliter chez eux l'exercice de notre médecine, nous nous empresserons non seulement de ne pas contrarier cette habitude, de ne pas contredire cette conception, mais encore de les encourager.

Nous nous excusons d'insister un peu sur cette question de principe, d'abord parce que des principes bien nets nous paraissent utiles et nécessaires à poser, dès que l'on s'occupe d'une question délicate d'organisation (telle que celle de l'organisation rationnelle de l'assistance médicale des indigènes), ensuite parce que ces quelques considérations arriveront peut-être à dissiper une partie des malentendus qui divisent, encore aujourd'hui, tous ceux qu'intéresse l'importante question de cette assistance.

Ainsi, quand on parle de la race arabe, des mœurs, des coutumes, des idées des indigènes d'Algérie, on a tout d'abord le tort, à notre avis, de généraliser d'une façon trop absolue. On oublie que si tous les indigènes d'Algérie sont musulmans et ont ainsi tous une sorte de mentalité commune, ils n'en sont pas moins divisés non seulement en diverses populations aux caractères ethniques souvent dissemblables, mais encore, ce qui est surtout important au point de vue de l'assistance médicale, en plusieurs classes sociales dont le genre de vie, malgré l'Islam unificateur, est loin d'être le même quand on remonte du

bas au haut de cette échelle sociale où le misérable Khammès ne ressemble pas plus au citoyen opulent que l'humble habitant de nos faubourgs ne ressemble au millionnaire cossu.

Les organisateurs de l'assistance médicale des indigènes d'Algérie, que ces organisateurs appartiennent à l'administration ou au corps médical, sont partis d'un principe trop étroit en admettant que l'assistance des indigènes, en thèse générale, devait se plier aux exigences de la vie musulmane. La vie musulmane, en effet, est une définition idéale qui ne correspond, pour ainsi dire, à rien dans la réalité. Ainsi même en admettant que certaines méthodes d'assistance soient parfaitement applicables, dans leur forme rudimentaire (et nous nous hâtons de dire ici que tel n'est pas notre avis) aux populations indigènes pauvres et arriérées, on est obligé de reconnaître que ces méthodes deviennent impraticables dès qu'il s'agit de les appliquer à des populations beaucoup plus civilisées, aux habitants des villes par exemple. Et si on objectait ici que l'Assistance médicale doit viser plus particulièrement les classes pauvres de la société, nous répondrions d'abord que c'est là une erreur, surtout en matière d'assistance médicale des indigènes, car il faut, ici, avant tout, faire bénéficier de notre médecine moderne tout un peuple dépourvu de médecine réelle. Nous répondrions, ensuite, que les classes pauvres indigènes elles-mêmes ne peuvent pas et ne doivent pas être considérées comme justiciables

d'une assistance tellement spéciale qu'il faille la dépouiller des avantages qui rendent justement une assistance médicale utile et indispensable.

Lors de l'organisation de la clinique indigène pour les femmes, à Alger, un des hauts fonctionnaires du Gouvernement général, arabisant distingué, trouva étonnant que la clinique dût posséder des lits destinés aux malades. Dans son idée, comme dans l'idée de beaucoup d'autres, les indigènes musulmanes devaient toutes coucher sur des nattes, aussi bien les malades que les bien portantes, aussi bien les campagnardes habituées à dormir sur la dure que les citadines accoutumées à coucher chez elles dans des lits aussi confortables et aussi propres que beaucoup de lits d'Européennes de la classe correspondante.

Il nous serait enfin très facile de démontrer, en nous appuyant sur de nombreux exemples, que certaines conceptions, considérées comme spéciales aux indigènes, sont tout simplement le produit de l'ignorance, de la misère et d'une éducation rudimentaire. Loin d'être, comme on veut trop souvent le croire, par préjugé ou par parti pris, des conceptions caractéristiques de la race arabe, des particularités absolument inhérentes à la société musulmane, ce sont bien plutôt les mêmes idées fausses qui sont, maintenant encore, en cours chez toutes les populations arriérées, même dans nos pays dits civilisés.

Admettre et respecter ces erreurs chez les indigè-

nes, alors qu'on fait tout, au contraire, pour les blâmer et les faire disparaître chez nos populations arriérées, nous paraît une contradiction dangereuse surtout dans le domaine de l'assistance médicale où l'on est plus souvent en présence de faits matériels, faciles à modifier ou à détruire, funestes au contraire dès qu'on prétend ne pas y toucher. Ainsi certains indigènes musulmans d'Algérie ne sont certainement pas plus malpropres que certains habitants de nos contrées d'Europe, et même de France. En tous cas, il est difficile d'admettre que la malpropreté des Arabes est plus respectable que celle de toute autre race. Pourquoi aller jusqu'à dire qu' :

« obliger les indigènes à observer les lois de propreté indispensables dans nos établissements européens, cela porterait une trop rude atteinte aux habitudes des indigènes et froiserait cruellement le misérable contraint à se mettre entre nos mains. »

Les médecins qui s'occupent d'organisation d'assistance médicale des indigènes n'ont-ils pas souvent eu le tort de considérer seulement sur la foi de quelques observateurs superficiels, certaines mœurs, certaines idées des Musulmans d'ici comme absolument irréductibles ? Et n'est-ce pas cette idée, trop communément acceptée sans contrôle, que la société musulmane est incapable d'évoluer, qui a mal orienté l'assistance médicale des indigènes la condamnant pour longtemps encore à être une assistance trop simplifiée et incomplète ? Si, particulièrement, l'assistance médicale des femmes indigènes

est à peine ébauchée, n'est-ce pas pour beaucoup parce que des idées toutes faites sur la mentalité inférieure de la femme arabe paralysaient les efforts et les initiatives ? Il n'est pas jusqu'à la prétendue répugnance irréductible qu'éprouveraient la femme indigène et surtout son seigneur et maître pour les soins donnés par un médecin homme qui n'ait, dans une certaine mesure, détourné l'attention et la sollicitude de cette femme, tellement primitive, qu'elle devait être abandonnée aux seules ressources de la nature ?

Si les médecins appelés à exercer en pays indigènes éprouvent de grandes difficultés, si leurs efforts ne sont pas toujours couronnés de succès, n'est-il pas faux et injuste de toujours attribuer leurs échecs aux mœurs, aux coutumes, aux caractères spéciaux des indigènes ? Ne faut-il pas, le plus souvent, pour rendre hommage à la vérité et aussi pour tenter de corriger les défauts inhérents à toute chose nouvelle, ne faut-il pas plutôt reconnaître que les obstacles au développement de l'assistance médicale des indigènes proviennent, la plupart du temps, des ressources insuffisantes mises à la disposition des médecins pour les œuvres d'assistance ?

Nous verrons, en étudiant de près la question si importante des hôpitaux et des infirmeries spécialement affectés aux indigènes, que ces établissements ne peuvent pas toujours être considérés, au point de vue strict, comme réalisant tous les desiderata inséparables d'une assistance médicale rationnelle. Quel-

ques principes, trop en désaccord avec les principes d'assistance médicale, ont guidé l'organisation de ces établissements ; souvent des aménagements indispensables leur manquent totalement et entravent leur fonctionnement normal. On excuse trop facilement, à notre avis, ces manquements aux principes de l'assistance médicale en les mettant sur le compte de prétendues répugnances des indigènes, d'habitudes indéracinables dictées par la civilisation musulmane. Ainsi plusieurs de ces établissements manquent de buanderie, de salle de bains et aussitôt on parle de la saleté arabe irréductible dont il faut s'accommoder, qu'il faut même respecter puisque, dit-on, on ne peut faire autrement. Les ressources budgétaires ne permettant pas, dans ces établissements, l'installation de salle de chirurgie, d'appareils de stérilisation, on ne trouve pas cela trop mauvais, du moment que les indigènes ne peuvent supporter qu'on les traite chirurgicalement.

On fait ainsi pour les indigènes, à leur détriment et au nôtre et pour la plus grande confusion de notre médecine et des conceptions modernes d'assistance, une assistance tout à fait spéciale. Nous allons passer en revue ce qui a été fait, depuis la conquête jusqu'à nos jours, en matière d'assistance médicale des indigènes, nous réservant chaque fois que nous en trouverons l'occasion, et nous la trouverons malheureusement trop souvent de faire la critique de ce qui, dans cette assistance, nous a paru défectueux, alors que nous nous empresserons, chaque fois que

nous en trouverons l'occasion, de louer, sans réserve les résultats heureux acquis dans le domaine de cette œuvre. Or, en étudiant de notre mieux cette assistance, nous arriverons à cette conclusion rigoureuse qu'en principe non seulement cette assistance est utile et nécessaire mais qu'elle doit être calquée sur l'assistance aux Européens. Et c'est justement sur ce point, nous le savons déjà, que nous ne sommes pas complètement d'accord avec quelques-uns de ceux qui, avant nous, s'occupèrent de cette délicate et importante question. Nous serions trop heureux si nos conclusions logiques, s'appuyant sur des faits, arrivaient à être adoptées par ceux qui pensent encore qu'il faut faire pour les indigènes une véritable médecine indigène ou arabe.

CHAPITRE II

REVUE HISTORIQUE ET CRITIQUE DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DES INDIGÈNES. — MÉDECINS ARABES, MARABOUTS. — MÉDECINS MILITAIRES. — MÉDECINS DE COLONISATION. — HOPITAUX ET INFIRMERIES INDIGÈNES. — CONSULTATIONS ET DÉLIVRANCES GRATUITES DE MÉDICAMENTS. — AUXILIAIRES MÉDICAUX.

Au début même de l'installation des Français en Algérie, l'assistance médicale des indigènes s'est posée comme un problème capital à résoudre. Ce furent les médecins militaires qui, d'abord, ébauchèrent les premières tentatives d'assistance médicale des indigènes. Ces derniers, aussitôt, malgré leur ignorance et leur prétendu fanatisme, montrèrent bien la confiance et la reconnaissance dont ils étaient capables envers ceux qu'ils considéraient comme beaucoup plus habiles que leurs propres guérisseurs les plus en renom. Loin d'être regardé comme un roumi exécré, comme un infidèle au contact impur, le médecin français était dès les premiers jours de la conquête, ce qu'il a toujours été, ce qu'il est encore, pour la majorité des indigènes,

même les plus arriérés, un personnage sacré auquel Dieu a donné le don de chasser la maladie.

Il est certain que quelques particularités de l'existence des indigènes, particularités tenant surtout à leur ignorance, mettaient quelquefois un obstacle fâcheux à l'exercice normal de notre médecine. Mais il nous semble étonnant que beaucoup de médecins, devant les difficultés de l'exercice médical en pays indigène, aient reculé devant ces obstacles, aient essayé de les concilier avec les principes de la médecine au lieu de tenter de les modifier.

Et, justement, les indigènes étaient les premiers à nous bien montrer qu'ils n'étaient pas incapables de se modifier à notre contact. Depuis la création des hôpitaux en Algérie, hôpitaux civils ou hôpitaux mixtes (c'est-à-dire militaires quant au personnel administratif et médical, mais recevant, comme malades, militaires et civils, européens et indigènes indistinctement), un grand nombre d'indigènes ont été hospitalisés. Maintenant encore, alors que des établissements hospitaliers ont été spécialement affectés aux indigènes, la clientèle indigène des hôpitaux européens n'a pas diminué et cette clientèle est, comme elle l'a toujours été et le sera longtemps encore, la plus intéressante au point de vue médical. Aussi les hôpitaux indigènes qui, tout comme les infirmeries indigènes dont nous parlerons plus loin, ont été créés spécialement et aménagés pour recevoir les populations musulmanes sont, à notre avis, au point de vue de l'assistance médicale en

général et de l'assistance des indigènes en particulier, une création rétrograde.

Les établissements hospitaliers indigènes sont destinés à mettre à la disposition des indigènes des locaux où ils se sentent un peu mieux que dans nos hôpitaux ordinaires.

Ainsi s'exprime la *Circulaire du Gouverneur général aux préfets, du 5 décembre 1904*, relative aux organisations nouvelles d'assistance médicale indigène.

Nous voulons bien admettre que des malades indigènes, soignés dans des locaux différents de ceux où sont traités des Européens ne puissent être que satisfaits de cette innovation. D'autre part en pays essentiellement indigène il est utile, il est nécessaire même de construire des établissements où peuvent être hospitalisés les indigènes de la contrée qui ne seront plus obligés ainsi à des déplacements fatigants et dangereux. Mais le terme d'établissements hospitaliers indigènes ne doit signifier que ceci : établissements où sont reçus et soignés les indigènes. Ajouter à cette définition :

« établissements où les indigènes se sentent mieux que dans nos hôpitaux ordinaires »,

c'est laisser aussitôt deviner que les indigènes n'ont pas besoin des mêmes soins qu'exigent les malades européens.

Or, c'est justement ce que nous n'admettons pas ; c'est ce qu'acceptent, pourtant, les organisateurs de l'assistance médicale indigène. Les mœurs musulmanes, disent-ils, s'opposent à la création d'hôpitaux

européens modernes. Il ne faut pas oublier que la vie de l'indigène est une existence purement familiale, patriarcale même, qu'il est presque impossible d'arracher le malade à sa famille pour le mettre dans l'obligation pénible d'aller se faire traiter à l'hôpital. Il faut obéir à la formule de l'adaptation aux mœurs et aux habitudes des indigènes, même et surtout quand il s'agit de leur faire du bien.

Pour faire accepter la médecine européenne aux indigènes il importe avant tout, dit le *D^r Foubert*, de ménager la double susceptibilité du *Toubib* (médecin indigène) et du *Tabeb* (lettré marabout).

Le *D^r Gros* (de Rébeval) pense que pour faire accepter à un malade de se faire traiter à l'hôpital il faut lui permettre d'être hospitalisé avec tous les membres de sa famille qu'il lui conviendra d'avoir auprès de lui (1). Il n'éprouvera, ainsi, aucun changement d'habitude à l'hôpital. En cas de maladie épidémique, l'abri fait de roseaux revêtu de terre et couvert d'alfa qui a logé toute la famille du malade est aisément désinfecté ; il suffit d'y mettre le feu.

1. L'indigène malade consent en effet difficilement à être transporté hors de chez lui où il compte, s'il se sent bien mal, mourir au milieu des siens. Notons du reste que l'impression pénible que fait l'hôpital sur l'esprit de l'indigène n'est pas particulier à ce dernier. Nombreux sont encore dans nos sociétés civilisées les individus, même de condition très modeste et ayant besoin de soins qu'ils ne trouvent pas chez eux, qui nourrissent à l'égard de l'hôpital des préjugés, des craintes injustifiées mais vivaces.

Certes la vie musulmane n'impliquant pas l'idée d'assistance sociale, les indigènes d'Algérie ne sont pas encore complètement accoutumés à cette idée que l'hôpital a sa nécessité. Chez les Musulmans de l'ancien système on ne s'occupe que de l'hospitalisation des fous, et encore que des fous dangereux considérés comme possédés par des génies malfaisants. On incarcère ces malheureux dans le Maristan qui ressemble beaucoup plus à une prison qu'à un asile d'aliénés. Les fous et ils ne le sont pas toujours tous, y sont enchaînés et soumis aux mauvais traitements de toutes sortes, en leur qualité de démoniaques (1). Quand, dans un pays musulman arriéré, une épidémie fait des ravages, les malades pauvres s'entassent dans les mosquées pêle-mêle avec les indigents et les infirmes qui y ont déjà élu domicile. Il est superflu de dire que les soins leur manquent totalement et que leur subsistance elle-même est abandonnée à la charité publique.

Mais actuellement, en Algérie, par suite de l'action certaine de notre civilisation qui, malgré tout ce que l'on pourra dire, a fait incontestablement évoluer les indigènes, un grand nombre de ceux-ci acceptent beaucoup plus volontiers que leurs devanciers cette idée que l'hôpital est une bonne chose. Pas mal d'idées fausses circulent encore chez les indigènes

1. On sait que pendant longtemps, chez les peuples civilisés, les fous ne furent pas traités plus tendrement ; en France ce fut Pinel qui fit tomber les chaînes des fous.

sur l'hôpital, mais la plupart de ceux qui ont été traités et guéris, n'hésitent pas, comme nous avons pu nous-même le contrôler, à faire une véritable propagande en faveur des hôpitaux.

La pratique de la médecine arabe, avant notre arrivée et dans les premiers temps de notre occupation, était tout à fait rudimentaire. Les premiers Français, qui habitèrent Alger, eurent la bonne fortune de voir exercer les derniers médecins maures ; car nos médecins maures actuels, bien que tolérés par l'administration, ne s'en sont pas tenus à leurs pratiques anciennes. Certains, en effet, ont conquis des diplômes officiels et sont, tout au moins, officiers de santé. Nous croyons curieux de rapporter ici un extrait d'un travail de *Roland de Bussy* sur les médecins maures, paru en 1840.

Leur officine est ordinairement partagée en deux par une cloison qui établit, ainsi, à l'arrière, un petit cabinet d'inspection pour les cas graves ou honteux. Le personnage se tient dans la première pièce, où il fume, sans désemparer, trente ou quarante pipes par jour. Au-dessus de sa tête et appliquée contre la cloison, est une tablette garnie d'une douzaine de pots vides contenant, selon lui, des remèdes infailibles. A sa droite est une petite table à tiroirs où gisent, dans un incroyable pêle-mêle, émétique et charpie, dyachilon et graines de lin. A gauche, un banc destiné aux amis, flâneurs, ou à de vieux raïs de corsaires; on cause presque toujours de ménage... Pendant ce temps arrive une cliente, une négresse : Docteur, donnez-moi le cataplasme que vous avez prescrit hier à ma maîtresse. Ma fille, répond celui-ci, je n'ai

pas eu le temps de le préparer, revenez demain, s'il plaît à Dieu. Docteur, dit un Maure en s'inclinant à mi-corps sans entrer dans la boutique, je souffre horriblement des entrailles, que dois-je prendre ? Oh diable, ceci me paraît grave, écoutez, mon cher, je n'ai point encore déjeuné, ma tête ne jouit pas du calme nécessaire à la réflexion, venez ce soir et, s'il plaît à Dieu, je vous dirai ce qu'il convient de faire. — Vient ensuite un Arabe du dehors. Le docteur, d'un ton brusque : Eh bien, qu'as-tu, ia sidi ? J'ai l'estomac qui brûle. — Voyons la langue, — c'est bon ; mets là deux francs et repasse demain. Cependant, docteur, je... Allons, va-t-en, pas de raison. »

Nous sommes loin, avec ce médecin maure, des grands médecins arabes de l'antiquité, des *Avicenne*, surnommé le prince des médecins, des *Averroès*, des *Rhazès*. Il est certain que la médecine arabe, héritière de la médecine antique, n'a laissé presque aucune tradition sérieuse en Algérie et les *Toubibs* (médecins) indigènes ne sont que de grossiers empiriques. Dès le début, les médecins français virent bien qu'il était impossible de se servir des médecins maures, pour l'assistance médicale des Arabes, qui du reste acceptaient déjà, avec enthousiasme, les soins des médecins militaires.

Nous ne pouvons donc que blâmer les conceptions étroites de certains auteurs, en matière d'assistance médicale indigène, car ils ne veulent pas voir que les indigènes, pris en général, ont évolué depuis le temps, par exemple, où le *D^r Bertherand*, un des précurseurs de l'assistance médicale en Algérie,

créa à Alger un hospice pour les malades indigènes. Si le *D^r Bertherand* n'eut pas l'idée d'organiser un véritable hôpital, calqué sur le modèle des hôpitaux européens de son époque, c'est d'abord parce qu'il ne fut pas aidé en haut lieu. Son organisation était bien rudimentaire et les crédits mis à sa disposition étant tellement insuffisants que l'hospice, ouvert en 1850, dût cesser de fonctionner au bout d'un temps très court.

Le *D^r Bertherand* n'avait pas d'argent à sa disposition pour faire de l'assistance médicale indigène ; mais en eut-il eu beaucoup plus que, selon l'idée courante que le musulman, même malade, n'a pas besoin de confortable, que sa nourriture doit être très frugale, son mode de couchage réduit au minimum, il n'eut tout de même, vraisemblablement, pas fait beaucoup mieux. Le *D^r Bertherand* confesse naïvement cette crainte ; en augmentant dans une mesure imprudente les conditions de bien-être des malades, dans son petit hospice, cet hospice eut été envahi par une affluence trop considérable de clients (1). N'est-ce pas cette crainte de voir trop d'indigènes devenir malades, quand ils considéreront les hôpitaux comme des lieux de délices, qui, dans une certaine mesure, commande à l'administration l'économie, la parcimonie même, dans les œuvres d'assistance médicale des indigènes ?

1. Cette boutade n'a-t-elle pas au moins l'avantage de bien montrer que les indigènes apprécient justement beaucoup le confort qu'on prétend leur supprimer ?

Une crainte d'un autre ordre ne retient-elle pas certains de nous ? A la fin d'une notice sur l'assistance indigène en Algérie le *professeur Soulié* s'exprime ainsi :

« Arrivé au terme de cette étude, nous croyons devoir exprimer une question troublante qui s'est présentée souvent à notre esprit. Lorsque nous aurons augmenté la population indigène, dont l'accroissement est pourtant rapide, en diminuant la mortalité au moment de la naissance, ainsi qu'aux divers âges de la vie... Lorsque nous aurons appelé les Musulmans à prendre part à notre vie sociale... Lorsqu'en un mot nous leur aurons montré la supériorité évidente de leur nombre, n'est-il pas évident qu'ils estiment que nous avons accompli notre mission civilisatrice en Algérie ? Ne profiteront-ils pas de la première occasion que les circonstances leur offriront pour nous inviter, par la force des armes à en partir ? »

S'il est admis que les indigènes doivent être maintenus, pour toutes ces raisons, dans un état d'infériorité, il est certain que les œuvres d'assistance médicale, que l'on crée spécialement pour eux, seront toujours suffisantes, même si elles sont rudimentaires. Mais tout le monde ne pense pas ainsi.

Après l'essai timide et malheureux du *D^r Bertherand*, nous devons attendre jusqu'à l'année 1876, pour voir de nouveau l'idée des hôpitaux indigènes prendre corps, cette fois non pas comme œuvre émanant directement des pouvoirs publics, mais comme une œuvre d'initiative religieuse. Le cardi-

nal *Lavigerie*, archevêque du diocèse d'Alger, homme d'une grande largeur de vues, était animé de cette idée grandiose, qu'il lui était donné de convertir, de nouveau, au catholicisme, les indigènes berbères d'Afrique, qui, aux époques triomphantes du christianisme naissant, avaient embrassé la nouvelle religion. Aussi le cardinal ne manquait aucune occasion de mettre son inépuisable charité au service de la foi.

A la suite de la famine de 1874, famine qui décima les misérables populations indigènes, ce prélat eut l'idée généreuse de recueillir un certain nombre d'enfants indigènes, devenus orphelins. Il installa ses protégés dans deux villages de la plaine du Ché-liff et plaça ces agglomérations, sous le vocable de deux saints africains : *saint Cyprien* et *sainte Monique*, mère du grand écrivain sacré saint Augustin, évêque d'Hippone, (actuellement Bône). Deux ans après, en 1876, le cardinal *Lavigerie*, poursuivant une double œuvre d'assistance médicale et de prosélytisme religieux, créait, au village de Saint-Cyprien, l'hôpital *Sainte-Elisabeth*. Le fonctionnement de cet établissement fut confié aux missionnaires d'Afrique, communément appelés *pères blancs*, ordre religieux fondé par le cardinal lui-même. Cet hôpital fut aussitôt subventionné par le gouvernement général. Sous la réserve que les pères blancs se soumettraient à certaines clauses d'un contrat passé entre eux et le gouvernement général, les missionnaires d'Afrique deviennent, dès lors,

les maîtres, pour ainsi dire, indépendants de cet établissement comprenant 120 lits. L'influence très grande acquise par cet établissement, qui, malgré de grandes défectuosités d'organisation, permettait d'assister un grand nombre de malades, engagea les missionnaires d'Afrique à créer depuis quatre autres hôpitaux importants. De plus, dans un certain nombre de centres de l'Algérie, principalement en Kabylie et dans l'Aurès, de petites communautés de pères blancs et de sœurs blanches se mirent à donner des soins aux indigènes, tout en essayant d'en convertir quelques-uns au catholicisme. Le 28 mars 1894 les pères blancs inaugurèrent dans la commune de Michelet (Kabylie), au douar des Beni Menguellet, l'hôpital *Sainte-Marguerite*, qui comprend actuellement 100 lits. L'hôpital *Saint-Augustin* à Arris dans l'Aurès, à 55 kilomètres de Batna, fut ouvert en août 1895, mettant 100 lits à la disposition des malades indigènes. En décembre de la même année, inauguration de l'hôpital *Lavigerie*, à Biskra, possédant 80 lits. Enfin en 1897 l'hôpital de *Ghardaïa*, dans le Mzab, avec 80 lits, fut ouvert.

Ces cinq établissements hospitaliers, avec un total de 480 lits, continuent actuellement à fonctionner sous la direction, presque exclusive, des missionnaires d'Afrique. Malgré les fortes subventions fournies par le gouvernement général, qui paye les journées d'hôpital des malades hospitalisés, on a pu pendant longtemps considérer ces hôpitaux comme de vérita-

bles œuvres d'assistance privée. Ainsi pendant longtemps, le gouvernement, sans se désintéresser complètement des œuvres d'assistance médicale indigène, et, particulièrement des hôpitaux, a laissé cette assistance complètement à une initiative privée. Ce n'est seulement qu'en l'année 1904 que le gouvernement général de l'Algérie, alors qu'il s'occupait activement de l'organisation de l'assistance médicale indigène, crut devoir réellement prétendre pour la première fois.

« Exercer d'une manière permanente sur les cinq établissements hospitaliers (que nous venons d'énumérer) le droit de contrôle que confèrent à l'administration non seulement les termes de contrats intervenus avec la société des missionnaires d'Afrique mais aussi les sacrifices que l'Etat a consenti pour leur construction et que le budget de la colonie s'impose pour leur fonctionnement. »

On voit clairement par les seuls termes de cet exposé que les hôpitaux indigènes dirigés par les pères blancs jouissent d'une grande indépendance et que les directeurs de ces établissements durent même, en certaines circonstances que nous ignorons et que nous ne chercherons pas à connaître, abuser des droits qui leur étaient acquis, outrepasser ces droits ou peut-être négliger certaines obligations, auxquelles les astreignaient leurs contrats.

Malgré l'absence de documents précis, concernant le fonctionnement médical de ces établissements hospitaliers il est permis, d'après les quelques renseignements que nous avons pu recueillir, de con-

clure que ce fonctionnement ne réalise pas les conditions indispensables, qu'il est permis d'exiger en pareille matière. Ainsi le personnel médical d'hôpitaux importants (l'un d'eux renferme 120 lits) est réduit à un seul médecin, qui ne fait pas toujours sa visite quotidienne, car il est pris par d'autres occupations, étant 'médecin communal ou médecin de colonisation d'une circonscription étendue et peuplée. De plus ce médecin nous paraît étroitement dépendant de la direction de l'hôpital, à telle enseigne que l'administration supérieure a cru devoir rappeler cette clause du règlement, stipulant que :

« La désignation du médecin traitant sera faite par le préfet ou le général commandant la division et que le médecin de l'hôpital aura le droit de contrôler le mode de traitement et le régime imposé aux malades. »

Or, il est oiseux d'insister sur ce fait capital que le fonctionnement normal d'un établissement hospitalier est matériellement impossible sans un service médical qui soit, non seulement suffisant et non réduit à un seul médecin, mais encore indépendant de la direction, surtout en ce qui concerne le régime, le traitement des malades. Dans ces hôpitaux indigènes, il n'existe même pas de service médical adjoint au médecin, qui, dans ces conditions, pourrait être unique ; ils n'ont pas d'interne capable d'assurer une contre-visite, pas d'infirmier au sens propre du mot. Dans les intervalles, souvent éloignés, des visites du médecin, le traitement des malades est abandonné aux religieux chargés de

l'établissement. Il est certain que les inconvénients de ce mode de fonctionnement sont, dans ces hôpitaux, moindres que s'il s'agissait d'hôpitaux européens ; les établissements hospitaliers destinés aux indigènes ne reçoivent généralement, en effet, que des malades chroniques.

Mais, pour nous qui nous plaçons toujours, dans le cours de cette thèse, sur le terrain de l'assistance médicale rationnelle applicable à tous les malades, sans distinction de peuple, de condition sociale, de race, le plus grave défaut de ces hôpitaux indigènes réside justement dans ce fait qu'ils ne sont pas aménagés pour recevoir utilement des malades atteints d'affections aiguës et d'affections chirurgicales opérables. A ce titre, les hôpitaux indigènes, tout comme les infirmeries indigènes, doivent plutôt être considérés comme des hospices, des asiles, spécialement affectés aux indigènes, atteints d'affections lentes et chroniques. Nous savons, par exemple, que dans les hôpitaux indigènes dirigés par les pères blancs, certains malades séjournent un temps très long (plusieurs années), alors que les places qu'ils occupent à l'hôpital, seraient utilement employées par d'autres malades aigus dont l'état nécessiterait des soins urgents.

On objectera à cette manière de voir que les indigènes se font rarement traiter pour des maladies aiguës et des affections chirurgicales. Cependant, sous le prétexte que les indigènes répugnent aux opérations, si l'on pose en principe qu'on n'opérera

pas, ou très peu, les indigènes, on privera justement les hôpitaux d'un élément important, et on s'acheminera lentement, comme on le fait en ce moment, à l'exercice d'une sorte de médecine tellement rudimentaire qu'elle ne sera plus de la médecine. Tous les auteurs qui parlent des hôpitaux spéciaux pour indigènes et qui en font sincèrement le plus grand éloge, n'ont pas bien vu ce grand défaut, ces établissements n'étant nullement outillés pour faire de la médecine hospitalière, comme on le fait dans nos hôpitaux européens (1). Les hôpitaux, dit-on, fonctionnent d'une façon admirable.... comme hôpitaux arabes.

Mais que devons-nous bien entendre par hôpitaux arabes ? Si nous étudions le mode de fonctionnement des infirmeries indigènes, nous constatons que toujours sous le prétexte de ne pas gêner, de ne pas contrarier les habitudes des indigènes, les aménagements les plus utiles sont sacrifiés. Le gouvernement général de l'Algérie prévoit, pour ces infirmeries, des locaux tellement simples et tellement simplifiés, qu'il est admis, par exemple, que la buanderie n'est pas indispensable. Dans certaines infirmeries, le médecin, obligé de pratiquer une opération d'urgence, doit se servir de ses propres instruments de

1. Ainsi les Européens qui deviendraient malades dans la région où se trouvent ces hôpitaux, seraient contraints à être soignés d'une façon rudimentaire, ce qui serait une contradiction ; on serait alors obligé d'imposer des déplacements coûteux et dangereux pour ces malades européens, contraints d'aller se faire traiter dans les hôpitaux européens.

chirurgie et de stérilisation, sous peine, non pas de ne pouvoir pratiquer une laparotomie ou une trépanation, mais de ne pouvoir ouvrir un abcès ou amputer un membre gangrené.

Ainsi, la première infirmerie indigène, celle qui servit de modèle à l'administration pour le plan et l'agencement général de toutes les infirmeries indigènes, fut ouverte en septembre 1901 à *Marnia* par le *D^r Foubert*, médecin militaire. Pour éviter l'encombrement de ces sortes de petits hôpitaux, on ne doit y admettre ni vieillards, ni incurables, sauf les cas d'urgence. C'est la circulaire gubernatoriale du 5 décembre 1904, qui, indiquant les règles générales qui doivent guider l'assistance médicale des indigènes, prévoit, pour la construction des infirmeries et pour leur aménagement, une somme de 10.000 fr. pour une infirmerie devant contenir 20 lits. Le mot d'ordre est de laisser au malade indigène pleine liberté et c'est ainsi qu'un malade traité à l'infirmerie pour une ophtalmie, fait lui-même souvent sa cuisine sur un petit fourneau portatif, qui lui envoie dans la figure une épaisse fumée. Le malade, étant beaucoup mieux, paraît-il, sur une natte que dans un lit, le *D^r Foubert* a pu, dans son infirmerie, pratiquer des opérations très graves, comme une désarticulation de l'épaule, en laissant ses malades couchés sur des nattes. Les malades conservent généralement leurs vêtements, en attendant que les infirmeries puissent faire les frais d'un vestiaire et d'une étuve à désinfection. Nous passons sur les questions des

cabinets d'aisance (à la turque), de l'eau, des salles de bains. On conçoit comment, avec les idées d'économie courantes, en matière d'assistance médicale, l'extrême simplicité qui doit présider à l'installation de ces établissements est prévue et organisée.

Nous ne nions pas que, même installées rudimentairement, les infirmeries indigènes, en étant multipliées, ne rendent des services aux indigènes. Mais il nous semble que le plan ayant servi à l'installation de ces infirmeries, étant très incomplet, ces infirmeries ne seront réellement utiles qu'à la condition d'être beaucoup mieux outillées. En ce qui concerne particulièrement la prophylaxie et le traitement des maladies contagieuses, il faut bien avouer que les infirmeries seront non seulement insuffisantes, mais même dangereuses, tant que leur fonctionnement sera subordonné à des préoccupations aussi peu rationnelles : le respect de la race arabe, telle que nous le trouvons encore aujourd'hui en Algérie, avec ses préjugés, ses erreurs, son ignorance, sa misère.

A notre avis, au lieu de multiplier les infirmeries indigènes (1), il convient de perfectionner le fonctionnement de celles qui existent déjà. Le budget de l'assistance médicale des indigènes, devant être supporté par les indigènes eux-mêmes, il convient d'employer plus judicieusement leur argent et le

1. Actuellement il y a 66 infirmeries indigènes. En janvier 1908, il y en aura 75 qui fonctionneront.

faire servir à les soulager réellement. Souvent, en effet, les sommes affectées aux services d'assistance médicale spéciale aux indigènes, sont dépensées presque en pure perte. C'est ce que nous allons tâcher de montrer en parlant de l'institution des consultations gratuites avec distribution gratuite de médicaments.

En outre des consultations, qui sont données, à heure fixe, dans chaque infirmerie, aux malades non hospitalisés, la circulaire gubernatoriale du 5 décembre 1904 prescrit aux préfets d'organiser, partout où ce sera possible, dans les tribus, un service de consultations gratuites, avec distribution de médicaments. Des décisions particulières déterminèrent, pour chaque circonscription médicale, le nombre des tournées à faire par le médecin. La circulaire rappelle, à ce propos, l'intérêt qui s'attache à ce que ces tournées soient faites avec la plus grande régularité, à ce que le médecin soit toujours rendu sur le point où doit avoir lieu la consultation, au jour et à l'heure désignés.

Certes, ces dispositions sont parfaites théoriquement. L'idée d'aller trouver chez eux, dans leurs marchés, les indigènes, dénués de tous soins, est une idée éminemment philanthropique et on ne peut qu'y applaudir. Mais, dans la pratique, il est matériellement impossible, au moins dans la plupart des cas, de suivre scrupuleusement, comme l'exigent les instructions du gouverneur, un programme d'assistance aussi bien conçu. Dans un grand

nombre de cas, les praticiens chargés de cette assistance n'ont été, selon le mot plaisant mais juste de l'un d'eux, que des commis-voyageurs en médicament. Et, de plus, le service a dû fonctionner et fonctionne encore dans des conditions tellement défectueuses qu'il valait certes mieux ne jamais l'avoir organisé.

Tantôt, les points désignés par l'administration pour les consultations étaient très éloignés du centre de la circonscription et le médecin, ayant à cœur d'assurer régulièrement ce service, s'astreignait à une fatigue préjudiciable non seulement à sa propre santé, mais encore à celle des malades qu'il était obligé de traiter trop sommairement. Il faut savoir, en effet, que certaines circonscriptions médicales d'Algérie sont plus vastes, en étendue, que de grands départements de France. Le médecin de la circonscription de colonisation de Ténés a à soigner une population de 66.638 habitants, disséminés sur une superficie de 235.443 hectares, et nombreuses sont les circonscriptions médicales, comme celles de Berrouaghia, Duperré, Tablat, Taza, dans le département d'Alger, qui sont presque aussi étendues. D'autre part, les moyens de communication, les chemins étant très pénibles dans ces régions sauvagés et accidentées, le médecin de colonisation doit faire plusieurs heures de cheval ou de mulet pour arriver au point de la consultation où, selon les termes de la circulaire, il doit se rendre « au jour et à l'heure désignés ». Tantôt encore, les crédits mis à la disposition du service des

consultations gratuites pour achat de médicaments étant en disproportion énorme avec le nombre des consultants, le médecin était obligé ou de ne distribuer que des remèdes extrêmement simples et en infime quantité, ou de ne pas en distribuer du tout ; car l'affluence des malades est toujours très grande à ces consultations, chaque indigène souffrant plus ou moins et cherchant à être soulagé. D'autre part, la plupart des consultants sont atteints d'affections chroniques ou de maladies anciennes peu curables, surtout dans les conditions d'une assistance médicale simplifiée, ou même incurables. D'autres malades, au contraire, sont atteints d'affections très légères et se présentent simplement pour avoir des médicaments. Il résulte de cet état de choses que le médecin perd souvent un temps précieux à voir des malades auxquels il ne peut porter aucun soulagement réel. Du reste en admettant que les malades reviennent le voir la fois suivante, c'est-à-dire souvent un mois plus tard, le temps qui s'écoule pour le malade sérieusement atteint et loin de toute surveillance médicale, est fort préjudiciable au traitement rationnel. Aussi les succès, les demi-succès même découragent et médecins et malades. Il arrive donc, le plus souvent, que le médecin de colonisation est obligé de se déplacer, d'aller très loin pour ne voir, somme toute, que les malades les moins intéressants, les valides presque, puisqu'ils peuvent se rendre jusqu'au marché, souvent assez éloigné de leur résidence. Ainsi la catégorie la plus intéressante

des malades indigènes, les malades atteints d'affections aiguës, les vieillards, les femmes et les enfants en bas-âge ne profitent nullement des peines et des soins du médecin, uniquement mobilisé pour visiter des gens pouvant à la rigueur se passer de soins, ou pouvant venir les solliciter eux-mêmes au centre de la commune. Enfin, les tournées médicales dans les circonscriptions importantes sont souvent très longues, durant quelquefois plus de deux jours. Pour les faire, le médecin est obligé d'abandonner des malades en traitement au centre de la circonscription ; s'il ne consent pas à les abandonner, il ne fait pas ses tournées. Tout travail méritant salaire, les indemnités allouées aux médecins pour tournées médicales étant dérisoires, cette considération s'ajoute pour décourager complètement le médecin qui a conscience de faire de la mauvaise besogne mal rétribuée.

Les mauvaises conditions dans lesquelles sont pratiquées dans certaines circonscriptions les tournées médicales sont même de nature à discréditer la médecine française aux yeux des indigènes les plus arriérés.

L'institution des *auxiliaires médicaux indigènes* devait dans une grande mesure, en évitant ces tournées au médecin de colonisation surchargé de besogne, être d'un précieux secours dans l'œuvre d'assistance médicale des indigènes. Les auxiliaires médicaux devaient être les aides directs des médecins de colonisation et, sous le contrôle absolu de ces derniers, ils devaient être placés au milieu des douars

lointains et leur apprentissage médical, tout en se rapprochant beaucoup de celui des infirmiers européens devait comprendre une éducation et une instruction capables d'en faire de véritables indicateurs médicaux, susceptibles d'aider à répandre la vaccination, de signaler la morbidité, la mortalité anormales et ces épidémies qui couvent trop longtemps au milieu indigène avant que l'autorité capable de prendre les mesures prophylactiques destinées à les enrayer en soit informée. Les auxiliaires médicaux pouvaient encore remplacer dans une certaine mesure le médecin de colonisation dans la distribution de médicaments courants : sulfate de quinine, iodure de potassium, acide borique, etc... Malheureusement cette institution, appelée à rendre, à notre avis, les plus grands services en pays essentiellement indigène, est en train d'être détournée de sa primitive affectation. Certains médecins, et ce ne sont pas des médecins de colonisation qui, seuls, avaient intérêt à se plaindre le cas échéant, ont cru devoir protester contre cette institution sans même en connaître la véritable portée. On a prétendu que les auxiliaires médicaux, abandonnés à eux-mêmes dans les douars, exerceraient une véritable médecine illégale et que leurs coreligionnaires couraient, de ce fait, de graves dangers (1). Aussi les auxiliaires médicaux de la première promotion n'ont pas été détachés dans les

1. Pourquoi ne fait-on pas le même reproche aux diverses sociétés françaises pour secourir les blessés et les malades demandant des soins urgents ?

douars et ils sont actuellement dans certaines infirmeries où ils remplissent auprès des médecins chargés de ces infirmeries, le rôle d'infirmiers.

Nous qui serons amené, dans la seconde partie de ce travail, à démontrer la nécessité, pour l'assistance médicale des femmes indigènes, de la création de véritables auxiliaires médicaux femmes, nous nous hâtons de considérer les adversaires des auxiliaires médicaux indigènes comme mal inspirés. En effet, tant que l'administration supérieure n'aura pas les moyens de doubler et même de tripler le nombre des médecins de colonisation, elle sera obligée pour arriver à donner aux indigènes des campagnes les soins élémentaires dans les meilleures conditions possibles, de s'adresser à des personnes qui, sans posséder de diplômes médicaux (doctorat en médecine, officiat de santé), seront capables, par leur instruction et leur éducation d'exercer, avec toutes les garanties possibles, l'assistance médicale d'urgence auprès de leurs coreligionnaires (1).

Nous admettons certes que l'on exige de ces personnes des garanties nombreuses et sérieuses. Tout d'abord des garanties morales. Or les élèves auxiliaires médicaux sont recrutés parmi les élèves des écoles françaises, des médersas (où des cours préparatoires spéciaux sont institués), des écoles normales d'instituteurs et ils reçoivent, dans ces établissements,

1. Ne dit-on pas partout que c'est par l'indigène que l'on ira à l'indigène ?

une éducation morale suffisamment française pour qu'on craigne de leur part une trop grande malhonnêteté, une trop forte indécatesse dans l'exercice de leurs fonctions. Du reste, étant placés sous un contrôle administratif sévère, les blâmes, la suspension et la révocation sont des armes suffisantes contre ces nouveaux fonctionnaires devenus infidèles à la tâche qui leur sera confiée.

Quant aux garanties d'intelligence, de capacité, elles sont plus grandes qu'on ne le croit généralement. Le concours qui permet aux élèves auxiliaires de suivre pendant deux ans des cours théoriques à l'Ecole de médecine et des leçons pratiques à l'hôpital donne lieu à une première sélection et, jusqu'à présent, les élèves auxiliaires ont tous fait preuve de connaissances générales élémentaires assez solides leur permettant de suivre avec fruit les études instituées pour eux. En laissant à l'enseignement théorique une place assez large dans le programme des études pour les auxiliaires médicaux indigènes, en permettant à ces nouveaux étudiants non seulement de retenir mais encore et surtout de bien comprendre les principes élémentaires de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, on les met à même de remplir d'une façon intelligente, non mécanique, leurs fonctions d'infirmiers, d'aides auprès des médecins et de plus, chose très importante à notre avis, on leur permet de répandre chez leurs coreligionnaires arriérés et peu instruits des notions nettes, capables d'être utiles dans la pratique et capa-

bles aussi de préparer dans une certaine mesure leur évolution.

En étudiant le programme des futures sages-femmes indigènes, nous insisterons sur ce fait que l'indigène appelé à rendre des services médicaux doit les rendre d'une façon intelligente. Or, admettre, comme certains le font encore, que l'instruction qu'acquièrent les indigènes l'est rarement d'une façon scientifique mais qu'ils apprennent d'une façon machinale, ne faisant travailler que leur mémoire, c'est reconnaître, en même temps, qu'il est dangereux et, du reste, impossible de faire servir utilement les indigènes à une œuvre quelconque d'assistance médicale. Il nous semble que cette manière de voir est trop exclusive. A côté d'indigènes peu doués, il en est beaucoup, qui, guidés par des maîtres soucieux de leur donner un enseignement clair et méthodique, feront certainement de très bons aides. On a déjà pu constater parmi les élèves auxiliaires une vivacité d'intelligence faisant bien augurer des résultats que l'on pourra obtenir dans la suite. Un de ces élèves, pour prouver qu'il avait bien saisi le rôle des microbes, dans la genèse des maladies infectieuses, nous disait, qu'il comparerait ces êtres invisibles, quand il en parlerait à ses coreligionnaires, aux génies, considérés par les indigènes comme les causes des maladies et nous montrait par là qu'il saurait faire servir les connaissances précises qu'il avait acquises à l'école à l'instruction de ses coreligionnaires arriérés.

L'assistance médicale, en effet, pour être réellement efficace, doit non pas être imposée, d'une façon quelquefois brutale, mais acceptée volontairement. Quand nous nous occuperons, dans la seconde partie de ce travail, de l'assistance médicale des femmes indigènes, nous verrons que, plus encore pour elles que pour les hommes, il est nécessaire de faire pénétrer dans les milieux indigènes, certaines notions indispensables d'hygiène domestique, qui, pour nous, leur seront aussi utiles, quand ils les auront acceptées, que notre médecine pharmaceutique à l'usage des indigènes, médecine trop souvent vétérinaire, selon le mot plaisant d'un praticien algérien, qui s'était bien rendu compte de l'utilité de la langue arabe dans les rapports entre médecins français et malades indigènes.

En résumé, si l'assistance médicale des indigènes d'Algérie, assistance dont la nécessité ne doit faire de doute pour personne, est peu et mal développée, cela tient, à notre avis, non seulement à la disproportion énorme existant entre les besoins de cette assistance et les ressources budgétaires correspondantes, mais aussi, pour une très large part, aux principes étroits et erronés, qui ont guidé l'organisation de cette assistance. En effet, sauf de légères modifications nécessitées par l'état actuel de la société musulmane d'Algérie, modifications qui ne devront jamais aller jusqu'à laisser subsister, chez les indigènes, des idées et des coutumes dictées seulement par l'ignorance et la routine, nous posons

en principe que l'assistance médicale des indigènes doit être, dans ses grandes lignes, calquée sur l'assistance médicale telle qu'elle se pratique actuellement dans les pays d'Europe. N'aurions-nous en vue pour soutenir la nécessité de cette assistance, ainsi conçue, que l'intérêt seul des Européens, que cela suffirait amplement à légitimer notre opinion. Les indigènes ont les mêmes maladies que nous, aiguës et chroniques, endémiques et épidémiques ; sauvegarder, selon les principes de la médecine moderne, la santé des indigènes, c'est sauvegarder en même temps notre propre santé. Il n'y a pas deux hygiènes ; en conservant scrupuleusement certaines coutumes des indigènes, on empêche de se développer chez eux les principes de notre hygiène moderne. Or, l'hygiène des indigènes d'Algérie, qu'on prétend traditionnelle et dictée par la religion et les mœurs, est l'entrave la plus grande au progrès de l'assistance médicale. Qu'on n'admette pas officiellement cette hygiène rudimentaire et, dans certains cas, funeste, dans les établissements, où tout en se proposant de soigner, de guérir ou de soulager nos sujets musulmans d'Algérie, on semble se préoccuper surtout de leur fournir :

« Des locaux où ils se sentent mieux que dans nos établissements hospitaliers ordinaires. »

DEUXIÈME PARTIE

Assistance médicale des femmes indigènes et des enfants en bas-âge

CHAPITRE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Nous avons suffisamment montré les difficultés d'organisation réelle de l'assistance médicale en Algérie pour ne pas reconnaître, dès le début de ce chapitre, qu'un projet complet d'assistance des femmes indigènes rencontrerait certainement, lorsqu'on cherchera à le réaliser d'une façon rationnelle, certains obstacles et non des moindres. Mais, prévoyant justement la plupart des objections qu'on ne manquera pas de nous faire et auxquelles nous tâcherons de répondre de notre mieux, nous sommes persuadés, cependant, qu'il n'existe pas d'obstacles absolument insurmontables à la réalisation d'une assistance médicale des femmes indigènes, assistance très

semblable, sinon identique, à l'assistance actuellement fournie aux femmes européennes.

Comme nous avons tenté de le montrer au début même de notre étude, la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'assistance médicale des indigènes ont attaché une importance trop grande à certains détails de la vie sociale des indigènes. Considérant d'une façon trop absolue ces détails comme constituant des entraves irréductibles au fonctionnement normal d'une assistance médicale des indigènes, calquée sur l'assistance médicale des Européens, les pouvoirs publics et les médecins les plus zélés, les plus enthousiastes, les plus aptes par leur dévouement et par leur science à organiser dans les meilleures conditions possibles l'assistance médicale des indigènes, paraissent avoir fait fausse route en attribuant une importance déplacée, au détriment d'une assistance médicale rationnelle, à certaines particularités de la vie arabe, regardées à tort comme spéciales, impossibles à réformer et, ce qui est mieux encore, respectables et inviolables.

Nous sommes encore obligés de faire, ici, la critique de ces conceptions, que nous jugeons erronées. En effet, puisque nous posons le problème de l'assistance médicale des femmes indigènes dans toute son ampleur, ce problème doit, de suite, paraître insoluble pour ceux qui considèrent déjà l'assistance médicale des hommes comme presque impossible à réaliser.

Les praticiens appelés à donner leurs soins aux

femmes indigènes, dans diverses régions, et dans divers milieux, ont été, encore plus que lorsqu'il s'agissait seulement des hommes, frappés des différences énormes entre la mentalité de la femme arabe et celle de la femme européenne moderne. Aussi, la plupart de ces praticiens, devant les difficultés réelles de cette nouvelle assistance, se laissèrent aller à pratiquer, dès qu'il s'agissait des indigènes, une assistance simplifiée, seule compatible, croyaient-ils, avec de prétendus caractères de race très spéciaux. Certaines femmes médecins, qui eurent pourtant l'occasion d'assister les femmes indigènes dans de bien meilleures conditions que les médecins hommes, furent, elles aussi, entraînées par cette suggestion bizarre qui consiste à considérer les individus peu connus de nous comme des individus à idées extraordinairement spéciales et différentes de nos propres idées : « En médecine arabe, va jusqu'à dire une de ces femmes médecins distingués, la façon de donner vaut mieux que ce que l'on donne. » Cette boutade, empreinte cependant d'une part de vérité, ne détruit-elle pas un peu de ce qui, pour un médecin moderne, devrait toujours être une chose si précieuse, à savoir l'intégrité de certains principes directeurs de la médecine actuelle, principes avec lesquels il est bien difficile de transiger, même, et, surtout peut-être, en matière d'assistance médicale indigène.

Algérien, accoutumé à voir autour de nous et à tâcher de bien voir tant de peuples qui nous entourent, sans trop se mêler encore à nous, nous, qu'il

sera donc difficile de taxer d'ignorance complète en ce qui concerne les mœurs, les tendances et l'esprit actuel des populations indigènes d'Algérie, nous nous permettons d'affirmer nettement qu'il est possible de concevoir et de créer l'organisation complète de l'assistance médicale des femmes indigènes. Et nous pouvons d'autant mieux soutenir cette thèse, assez controversée, que nous avons la bonne fortune d'étudier en détails, au cours de ce travail, certains résultats parfaits, acquis dans le domaine de l'assistance médicale des femmes indigènes. D'autres, peu partisans de cette assistance, négligeant ces résultats, minimes peut-être mais réels et encourageants, s'empresseraient de mettre sous nos yeux d'une part les insuccès, d'autre part la tâche énorme à réaliser pour mener à bien l'assistance médicale des femmes indigènes.

Tout d'abord répétons bien, pour ceux qui n'en sont pas encore convaincus, que la femme musulmane pas plus que l'homme, n'est réfractaire à notre médecine. La prétendue répugnance invincible qu'éprouveraient les femmes indigènes pour les soins donnés par un médecin homme ne peut même pas, surtout à l'heure actuelle, être considérée comme absolue. Tous les médecins de colonisation ont, peu ou beaucoup, prodigué leurs soins aux femmes indigènes même dans des cas, très rares il est vrai, où ces femmes étaient atteintes d'affections nécessitant un examen des organes génitaux (toucher vaginal, exploration au spéculum). Quand on arrive à démon-

trer au mari ou au père la nécessité de ces sortes d'examen, il se fait que la plupart du temps, la confiance dans le médecin étant très grande, la malade ne met pas trop de difficultés à se laisser sérieusement examiner par le médecin. Ainsi *Gomma* nous dit, dans sa thèse sur *l'Assistance médicale en Tunisie* :

« Personnellement, j'ai eu l'occasion de donner mes soins à quelques femmes arabes. J'ai même pu, deux fois pratiquer un examen génital complet. D'autre part, Vielm, sur les 366 malades indigènes qu'il a soignés au Bargou, compte, dans quelques mois, 140 femmes. Il a, lui-même, pratiqué six fois l'examen génital complet et il écrit : « Les hommes amènent volontiers leurs femmes et leurs filles au médecin, toutes les fois qu'elles sont malades. Ils n'ont jamais fait de difficulté pour nous les laisser ausculter, percuter, explorer extérieurement. Le toucher vaginal et l'exploration au spéculum seuls les déconcertent. » Cependant quand on leur en a démontré l'utilité, ils consentent, généralement, à les laisser pratiquer. »

N'oublions pas, en effet, que, pour la grande majorité des indigènes, le médecin est regardé, avant tout, comme un intermédiaire entre la divinité et le malade. Aussi très souvent le sentiment de pudeur ou de convenance sociale qui empêche la femme d'être soignée par un médecin homme, s'efface pour laisser place à un sentiment aussi fort, la confiance dans le médecin, personnage sacré qui vient auprès de la femme en bienfaiteur et non en ennemi ou en intrus. Du reste, assez de femmes encore, dans nos

sociétés européennes, dans nos races civilisées, sont gênées d'être obligées d'avoir recours à un médecin homme, dans certains cas, pour qu'il soit possible de véritablement regarder comme un caractère de race, comme une particularité de la société musulmane cette répugnance de la femme indigène pour les soins médicaux donnés par un homme.

Nous devons bien insister sur ce fait capital qu'en l'état actuel de la société musulmane en Algérie, société qui n'évolue que très lentement et très difficilement, l'assistance médicale des femmes indigènes ne peut et ne doit être réellement organisée qu'avec le concours de femmes européennes et indigènes. Longtemps encore pour un certain nombre de maladies spéciales, particulièrement les maladies se rapportant au sexe féminin, pour tout ce qui regarde l'obstétrique, la puériculture et les soins à donner aux enfants, seules, les femmes, exerçant à divers degrés la médecine, pourront assister les femmes indigènes.

Nous sommes donc amenés à concevoir, pour ces femmes, une assistance médicale mise, presque entièrement, entre les mains de praticiens femmes. Cette conception de l'assistance féminine s'est, du reste, toujours logiquement imposée, chaque fois qu'il a été question d'assister particulièrement les femmes musulmanes. Mais, en passant en revue, au cours de ce chapitre, ce qui a été fait, jusqu'à présent, en matière d'assistance médicale des femmes indigènes, nous sommes amenés à conclure que les projets

d'assistance des femmes n'ont été, au moins à notre connaissance, que des projets partiels. Alors que l'on s'efforce maintenant d'organiser, partout où elle est possible, l'assistance médicale des indigènes, on oublie trop que les femmes et, avec elles, les enfants en bas-âge ne peuvent profiter, que dans une très faible mesure, de cette assistance, même mise, comme on cherche à le faire, le mieux et le plus à la portée des indigènes.

Aussi, en dehors, des centres importants, Alger en particulier, où, comme nous le montrerons, l'assistance des femmes indigènes a pu, grâce à de nombreuses conditions favorables, être réalisée d'une façon, pour ainsi dire, parfaite, il ne faut pas se dissimuler que, jusqu'à présent, l'assistance des femmes a été, en pays purement indigène, à peine ébauchée. Actuellement, elle est encore très incomplète ; on peut même dire qu'elle est nulle ; il n'y a, en effet, pas très longtemps que l'on s'occupe réellement d'assistance médicale des femmes indigènes. Dans les travaux d'une femme qui a le souci, louable et légitime dans une certaine mesure, d'être considérée comme un des promoteurs des œuvres d'assistance médicale féminine, *M^{me} la doctoresse Chellier-Castelli*, il semble qu'on ne rencontre pas encore de considérations bien fermes, de projets bien nets, de réelle vue d'ensemble concernant une assistance médicale pour les femmes indigènes, complète, rationnelle, scientifique, se pliant aux exigences de notre médecine moderne.

A ce propos et puisque nous tentons l'historique de cette si importante question, il est intéressant d'étudier de près les débuts de l'assistance médicale féminine en Algérie. *M^{me} Chellier* n'eut pas, à notre avis, dès le commencement, l'idée de donner aux femmes indigènes des soins médicaux, en suivant un véritable plan d'assistance médicale pratique. Guidée par une idée purement théorique, l'idée qu'elle rencontrerait dans un coin isolé de l'Algérie la femme indigène dans sa pureté ethnologique et anthropologique, elle sollicita une mission en vue d'étudier, sur place dans les régions montagneuses et presque inaccessibles de l'Aurès, la pathologie de la femme indigène dans son milieu naturel, en dehors des milieux mixtes des grandes villes, où les éléments ethniques sont peu distincts et souvent mêlés, malgré les différences de coutumes, de races, de mœurs. Pensant découvrir, au cours de ce voyage scientifique, comme une sorte de pathologie spéciale à la race, *M^{me} Chellier* allait abandonner un premier essai de réalisation pratique d'assistance médicale, puisqu'elle avait déjà installé, dès l'année 1889, à ses frais, à Alger dans le quartier purement indigène de la Kasbah, un dispensaire gratuit pour les femmes et les enfants où elle avait pu se rendre compte des grands services que la femme médecin pouvait rendre et du rôle qu'elle serait appelée à jouer dans les familles de nos sujets musulmans.

En accordant cette mission temporaire à *M^{me} Chellier*, le gouvernement général de l'Algérie n'avait,

également, pas en vue l'organisation d'une assistance médicale des femmes indigènes. Il favorisait simplement un voyage d'études entrepris dans un but d'observations scientifiques et, peut-être, sociales et pratiques. *M^{me} Chellier* entreprit son voyage sans l'idée bien nette de traiter des malades en route, d'organiser, d'une façon même rudimentaire et temporaire, un embryon d'assistance médicale des femmes indigènes sous la forme curieuse et encore admise aujourd'hui, en matière d'assistance indigène, de tournées médicales. En effet, comme elle nous l'apprend elle-même, elle n'emportait dans son bagage aucun médicament et c'est seulement en cours de route, en plein Aurès, qu'en présence de l'affluence de malheureux réclamant à grands cris l'intervention bénie de la *Toubiba* française (doctoresse), elle réclama, d'urgence, au gouvernement général une certaine quantité de médicaments d'un usage courant. C'est alors que, mise en possession de quelques remèdes, *M^{me} Chellier* doubla son voyage d'études d'une sorte de tournée médicale où elle donna, tant bien que mal, dans des conditions certainement très défectueuses pour elle et pour ses malades, des soins et des remèdes aux indigènes des deux sexes, voyant même, dans la plupart des localités où elle pouvait s'arrêter, beaucoup plus de malades hommes que de femmes. Aussi ce voyage, malgré son grand intérêt, malgré l'impression favorable qu'il fit sur nos sujets de l'intérieur de l'Algérie, ne doit pas être considéré comme une tentative

réelle d'assistance médicale des femmes indigènes. Il ne réussit même pas à attirer fortement l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'une organisation d'assistance médicale féminine et l'initiative intéressante d'une femme de valeur, doublée d'une femme de bien, ne portât pas ses fruits. fut pendant longtemps stérile uniquement et justement parce que l'idée d'une assistance spéciale des femmes indigènes n'était pas encore acceptée.

Et cette idée, banale pour nous, n'est du reste pas complètement acceptée par tous. Des membres du corps médical et, bien mieux, des femmes médecins, en contact incessant avec les femmes indigènes, connaissant leurs besoins les plus intimes ou, plutôt, devant les connaître, nous paraissent sous l'empire de ces curieux préjugés dont nous voudrions faire justice. Une de ces femmes médecins à qui nous nous adressions pour connaître son opinion sur l'assistance spéciale des parturientes indigènes ne nous répondait-elle pas, à ce propos, tout comme nous eut répondu, sans nul doute, la plus simpliste des femmes musulmanes :

« Les femmes arabes accouchent trop naturellement pour qu'on songe à s'occuper d'elles à ce point de vue... »

Tous ceux qui pensent encore ainsi pourront retrouver l'écho de leurs conceptions surannées et barbares relatives à la femme indigène dans cette anecdote typique que le *D^r Gomma* cite dans sa thèse :

« Un de nos amis nous racontait avoir, autrefois, visité

l'hôpital Sadiki de Tunis avant que la direction et les soins qui y sont prodigués aux malades aient été confiés à des médecins français. Au cours de sa visite il demanda au médecin qui dirigeait l'établissement si on n'y soignait pas les femmes. Les femmes, répondit ce dernier, ça ne se soigne pas ; mais il y a tout de même une salle en bas pour elles. Et comme, en passant devant cette salle, le visiteur manifestait son étonnement de n'y voir aucune fourniture de couchage, son cicerone lui expliqua que, quand une femme était absolument sans ressources ou tombait sur la voie publique, on la recueillait là dedans pour ne pas la laisser mourir dans la rue mais qu'il était bien inutile de perdre du temps et de l'argent pour soigner les femmes. »

Certes, la majorité des Français d'Algérie ne professe pas, à l'égard des femmes indigènes, des sentiments aussi féroces que ceux exprimés par l'ancien directeur de l'hôpital musulman de Tunis. Mais, l'opinion publique et souvent avec elle, les pouvoirs publics, vivant très longtemps sur des idées toutes faites même erronées, il ne faut pas s'étonner outre mesure en constatant qu'il se passe un temps assez long (la première mission de *M^{me} Chellier* date de 1894) entre cette première tentative timide d'assistance médicale des femmes et l'époque où, le principe de la nécessité de cette assistance étant enfin admis, on commença à obtenir quelques résultats encourageants et qui pour nous et pour ceux qui partagent nos idées ont suffi à nous donner l'entière conviction du succès, plus ou moins lointain, mais inévitable, d'une assistance médicale des femmes

indigènes, assistance calquée sur celle des femmes européennes.

Et, en supposant maintenant cette question de principe admise par tous, si nous nous plaçons alors au point de vue essentiellement pratique, point capital quand il s'agit d'organisation d'œuvres d'assistance, étant donné surtout les grandes difficultés présentées par l'assistance médicale des indigènes, difficultés inhérentes aux différences sociales et surtout aux ressources budgétaires insuffisantes, il nous semble qu'il valait beaucoup mieux ne faire, au début, de l'assistance que dans les centres où se seraient rencontrées des conditions certaines de réussite. A notre avis, en commençant à organiser l'assistance la plus délicate, celle des femmes et des enfants, justement dans un pays éloigné où les obstacles à la réalisation d'une assistance pratique devaient atteindre leur maximum, on allait au devant d'un échec regrettable, parce qu'il était capable de ruiner pour longtemps le crédit d'idées rationnelles qu'on allait, après cet insuccès, considérer comme chimériques.

Au contraire, en réalisant tout d'abord l'assistance médicale des femmes indigènes, là où elle était pratiquement possible, on gagnait précisément en qualité ce que l'on perdait en quantité ; on traitait beaucoup moins de malades, mais on les traitait mieux. En matière d'assistance médicale, comme en matière d'assistance publique en général, ce ne sont pas toujours les œuvres, dont le champ est très restreint,

qui rendent le moins de services sociaux. En rétrécissant le champ des œuvres d'assistance des indigènes, l'administration supérieure pouvait perfectionner certaines organisations partielles et ce plan avait le double avantage de permettre le fonctionnement d'une véritable assistance, d'une assistance utile et de démontrer ainsi que l'assistance médicale pratiquée dans de bonnes conditions, n'est pas plus difficile à réaliser chez les indigènes que chez les européens. Ainsi était détruit le préjugé ridicule, qui consiste à admettre, pour les indigènes, une méthode d'assistance spéciale, tellement spéciale qu'elle arrive pour certains praticiens à ne plus être de l'assistance, tant les concessions faites aux habitudes déplorables des indigènes la défigurent et en suppriment l'utilité. De nombreux jugements erronés sur la femme indigène et sur sa mentalité sont trop souvent portés, quelquefois sans contrôle. Pour nous, il nous a été permis de constater que la femme indigène, souvent bien plus que l'homme, est ouverte à certaines idées que nous considérons comme l'apanage exclusif de notre race, de notre société européenne civilisée, idées que quelques-uns de nous sont naïvement étonnés de retrouver dans des cerveaux soi-disant arriérés.

Pour nous en tenir ici aux sentiments capables de faire accepter par les indigènes nos conceptions modernes, relatives à l'assistance médicale, qu'il nous suffise de bien mettre en relief que les sentiments familiaux, le sentiment maternel en particu-

lièr, existent non seulement en germe, mais parfaitement développés, aussi bien chez les citadines, chez les mauresques des classes aisées de la société musulmane, que chez les femmes des Khammés de la plus misérable condition. Il est, à notre avis, très facile de faire éclore, de réveiller ou seulement d'exciter, chez les femmes arabes ces sentiments et de les faire servir à l'acceptation non plus brutale et forcée mais volontaire et raisonnée de certains principes de vie familiale et domestique, d'hygiène, de puériculture, principes compatibles avec les acquisitions anciennes, dictées par la tradition, mais en même temps le moins possible en contradiction avec nos saines idées actuelles. En admettant par exemple que l'amour maternel est un sentiment très vif chez les femmes indigènes, ne sera-t-il pas possible d'exploiter ce sentiment pour arriver à démontrer, même aux mères les plus arriérées, que certaines de leurs habitudes sont néfastes, entravent la bonne santé de leurs enfants, les font souffrir inutilement, amènent même leur mort, alors qu'au contraire certaines autres pratiques, inconnues d'elles, et que nous nous proposons de leur enseigner, sont utiles à leurs enfants, conservent leur santé, les préservent de la mort. Et qu'on ne vienne pas, aussitôt, nous répondre que l'indigène est fataliste, que la femme, pas plus que l'homme, n'attache d'importance à tous nos enseignements, à toutes nos recommandations. Si l'indigène était si fataliste que certains veulent bien le dire, pourquoi rechercherait-il

si avidement nos soins, dès qu'il se rend compte qu'il en a bien besoin ? Pour nous, nous l'avons déjà dit, le musulman d'Algérie est bien plutôt ignorant que fataliste et nous nous plaçons à considérer leur fatalisme comme une sorte d'habitude religieuse, entretenue par les dirigeants musulmans, qui devraient être les premiers à mettre en pratique un dogme, auquel ils ne sont pas les derniers à désobéir, car ils réclament les secours du médecin, justement parce qu'ils se rendent bien mieux compte de son utilité.

Pour démontrer d'une façon frappante immédiate l'utilité, la nécessité de pratiques inconnues aux femmes indigènes, il est nécessaire d'employer des moyens suggestifs et rapides. Il faut surtout s'adresser directement aux femmes indigènes, agir directement sur leur esprit, sans se servir de l'intermédiaire des hommes par exemple, car étant donnés les rapports sociaux existant actuellement encore entre les hommes et les femmes indigènes, agir sur les femmes par les hommes est une chose sinon impossible, du moins bien difficile à réaliser. Chez les indigènes, en effet, le père de famille le plus affectueux, le plus soucieux de la santé de sa femme et de ses enfants, ne s'occupe de cette santé qu'indirectement. Ainsi il considère la grossesse, l'accouchement, les suites de couches, les soins à donner aux nouveau-nés comme des choses tellement naturelles qu'il ne doit pas s'en occuper. Pendant longtemps encore, les hommes, même ceux qui auront reçu une ins-

truction moderne, ne pourront être utilisés pour diffuser et vulgariser chez les femmes indigènes les idées modernes pratiques, concernant l'hygiène domestique, la puériculture, les notions élémentaires de prophylaxie.

Aussi pour arriver à tenter la réalisation du programme de vulgarisation des idées modernes pratiques d'hygiène, programme sans lequel toute tentative réelle d'assistance médicale effective des femmes indigènes est frappée dès le début de stérilité, nous sommes amenés à concevoir la création d'un corps de femmes indigènes, calqué sur le corps des auxiliaires médicaux indigènes et destiné à aider et à renforcer les femmes médecins ou les sages-femmes, qui, pour un grand nombre de raisons, ne pourront faire d'assistance médicale effective, en dehors des grands centres, des agglomérations importantes. Ces auxiliaires femmes devront être d'une part, par leur instruction pratique, capables de rendre les services que l'on doit exiger d'une sage-femme experte doublée d'une infirmière et d'autre part, par une éducation théorique suffisante et solide, à même de jouer auprès de leurs coreligionnaires arriérées le rôle de vulgarisateurs des idées nécessaires et courantes de médecine, d'hygiène, de puériculture, de prophylaxie des maladies.

La première idée qui se présente est de se servir comme aides des matrones indigènes, des *Kablas* qui, actuellement, ont la spécialité d'assister les femmes indigènes en couches. Sauf de très rares

exceptions, ces Kablas ne peuvent pas être considérées comme de véritables accoucheuses, car les femmes arabes qui assistent les parturientes ne possèdent pas un ensemble de connaissances techniques réelles concernant l'obstétrique et les soins à donner aux parturientes et aux nouveau-nés. Les indigènes, en général, ont rarement l'idée d'intervenir dans tous les actes se rapportant à la gestation, phénomène naturel. La *Kabla*, comme son nom l'indique en se tenant à l'étymologie rigoureuse du terme, *Kbel* (recevoir), se borne à assister la parturiente en se tenant auprès d'elle ; c'est elle qui doit recevoir l'enfant au moment de la naissance quand la tête a complètement apparu à la vulve, après que la nature a fait, seule, tous les frais de l'accouchement. La Kabla exerce généralement un grand prestige sur les indigènes et elle jouit, souvent, d'une grande influence. Mais elle doit son autorité non pas à son savoir qui est, pour ainsi dire, nul, mais à une sorte de don, de bénédiction (*baraka*). Ainsi la seule présence de la Kabla, dans la chambre d'accouchement, faciliterait le travail. Quant la femme a un accouchement douloureux, pénible ou malheureux, c'est *Allah* qui en a ainsi décidé et la Kabla n'intervient pas directement pour aider la nature et la modifier.

On comprend, ainsi, qu'il y ait, chez les indigènes, des familles de Kablas comme il y a des familles de marabouts, la mère transmettant son don à sa fille. Ici, l'expérience est en seconde ligne ; à côté de

matrones respectables qui ont assisté à de nombreux accouchements, on rencontre de jeunes Kablas de vingt ans à peine. Il n'y aurait donc pas besoin de détruire beaucoup de préjugés et d'erreurs pour arriver à éduquer ces Kablas car elles ne savent presque rien et leur ignorance est beaucoup moins dangereuse que le faux et incomplet savoir de beaucoup de femmes européennes qui exercent surtout dans les campagnes.

Malgré tout, les Musulmans ayant des mœurs spéciales, les hommes étant très jaloux et ne voyant dans la femme qu'un instrument de plaisir et de reproduction, méprisant, d'autre part tout ce qui n'est pas mahométan, il nous sera difficile, mais non pas impossible, de pénétrer dans l'intérieur de leurs familles, avant que, par le temps, le contact avec les Européens, l'éducation, ces hommes aient évolué. Les conditions sociales dans lesquelles vivent encore, dans une certaine mesure, les Musulmanes d'Algérie, font qu'elles ne peuvent facilement bénéficier de notre assistance médicale qui est complètement à faire pour elles et les enfants en bas-âge. Dans les chapitres qui vont suivre, nous allons montrer ce que l'on a fait au point de vue de l'assistance médicale des femmes et des enfants en bas-âge, soit dans les centres importants, soit dans l'intérieur ; nous tâcherons de montrer les résultats que, selon nous, on pourra obtenir dans un temps plus ou moins long. Dans un dernier chapitre nous tenterons l'essai d'organisation rationnelle de cette assistance des femmes et des enfants en bas-âge.

CHAPITRE II

NOTES SUR L'ÉTAT DE L'OBSTÉTRIQUE ET DE LA PUÉRICULTURE CHEZ LES INDIGÈNES D'ALGÉRIE

Avant d'étudier, en détails, la question de l'organisation de l'assistance médicale des femmes indigènes, il nous semble intéressant de jeter un coup d'œil rapide sur tout ce qui a trait à la parturition et aux traitements que l'on fait subir aux nouveau-nés, chez les populations musulmanes d'Algérie. Il nous semble qu'un des premiers bienfaits de notre assistance médicale sera, justement, de modifier d'une façon heureuse la situation encore misérable de la femme et des jeunes enfants arabes.

Comme dans toutes sociétés ayant nettement conservé un caractère d'ancienneté, dans la société musulmane, essentiellement basée sur la famille, le célibat est considéré comme une mauvaise action, comme un véritable crime. Dans cette société primitive, la femme n'est rien qu'un instrument de plaisir et de reproduction, elle est maltraitée par les hommes ; son père ou son tuteur a le droit de dispo-

ser d'elle à sa guise. Aussi le mariage chez les indigènes d'Algérie, est un contrat

« Ayant pour but unique de s'assurer, après intervention de témoins, une jouissance physique avec une fille d'Adam, sans qu'il faille en payer la valeur et à condition que le contractant ignore, s'il en existe, les prohibitions édictées ou par le Koran, selon l'opinion générale ou par la concordance suivant d'autres. »

Cette définition donnée par *Ebn Arfa* montre bien que pour les Musulmans le mariage a pour fin primordiale la constitution d'une famille, la perpétuation de la race, puisque l'arabe n'y recherche qu'une jouissance physique,

Maintenant encore tout véritable fidèle se marie et cherche à avoir, le plus tôt possible, des enfants. Aussi, en général, la femme stérile est considérée comme une maudite d'Allah. La bénédiction divine, au contraire, se manifeste par la venue rapide d'un enfant; surtout d'un enfant mâle. On comprend aisément pourquoi les femmes qui n'ont point d'enfants (et pour les Musulmans la cause de ce malheur est imputée tout naturellement à la femme seule) conservent très longtemps l'espoir d'être un jour mère par la bénédiction d'Allah. Elles font tout pour avoir des enfants. En première ligne elles mettent en pratique tous les usages que la religion et la superstition leur offrent : visites à certains marabouts spéciaux, bains à certaines sources réputées, offrandes pieuses, aumônes, prières ; elles se soumettent aussi à des pratiques de sorcellerie et de magie ; fumiga-

tions (*beckhour*) de substances destinées à chasser les mauvais esprits ou à attirer les bons génies, sacrifices sanglants de poules. D'autres emploient des remèdes dont la recette empirique est transmise, chez les femmes, de génération en génération ou bien elles vont consulter des médecins indigènes, souvent doublés de marabouts ou de sorciers. D'autres encore, aux idées plus avancées, semble-t-il, vont trouver des médecins femmes européens mais toujours avec cette arrière-pensée que le médecin consulté jouira d'une véritable *baraka*. Les femmes acceptent de bonne grâce certaines pratiques gynécologiques comme, par exemple, la dilatation dans le cas d'atrésie du col utérin (1). A ce sujet d'ailleurs nous avons appris que les femmes musulmanes, elles-mêmes, pensent que la stérilité est due à ce fait que *la matrice est fermée* et elles pratiquent alors la dilatation du col à l'aide de tiges qu'elles taillent en pointes fines et qu'elles introduisent elles-mêmes. Un autre procédé, basé sur l'idée des déviations utérines, consiste en ceci : on applique sur le ventre une large marmite que l'on emploie comme ventouse et, l'abdomen bombant dans cette cloche, il se fait un vide intra-abdominal ; on arrache brusquement la ventouse et la matrice prend alors une position normale.

1. Notons à ce sujet que les cas d'atrésie, d'après M^{me} Légey, sont très fréquents chez les femmes musulmanes d'Algérie.

En désespoir de cause, quand rien n'a réussi, les pauvres femmes, craignant la répudiation (prévue nettement par la loi musulmane dans ce cas), prétendent avoir dans leur sein un enfant endormi (*raqed*). Alors la plupart du temps, tout le monde, y compris le mari patient, admet la chose et on attend, souvent fort longtemps, que l'enfant se réveille. Cette croyance générale à l'enfant endormi qui doit être évidemment une tradition superstitieuse de la plus haute antiquité est admise par tous les indigènes même lettrés et « malgré notre contact, des Musulmans très distingués par leur intelligence ont fait à la Cour d'Alger un grief d'avoir refusé de conserver par ses arrêts une si monstrueuse superstition. »

Nous avons la bonne fortune de donner deux observations inédites que la *doctoresse Deschamps*, de Bône, a bien voulu nous communiquer.

OBSERVATION I

Fathma bent Mohammed K..., était enceinte d'un mois et demi, quand, il y a trois mois, elle fut effrayée par un rat. Elle eut alors une hémorragie et depuis a été réglée régulièrement. Elle ne croit pas avoir fait de fausse-couche, n'a vu que du sang sans gros caillots et suppose l'enfant endormi. Elle a consulté une matrone indigène qui lui a dit : « l'enfant habite la cuisse gauche ; il dort. » Actuellement elle se plaint de maux d'estomac, de soif vive. De temps en

temps elle a de légères douleurs au bas-ventre qu'une purgation soulage en partie. A l'examen nous trouvons un col gros, entr'ouvert, sans déplacement. A droite, rien. Dans le cul-de-sac latéral gauche empâtement profond, diffus, assez volumineux, peu douloureux. Après quelques semaines de traitement : tampons glycérinés et cataplasmes chauds à gauche, l'empâtement a cédé et il n'est plus question d'enfant.

OBSERVATION II

Zaïneb bent B..., s'est mariée il y a deux ans et demi, a eu une petite fille mort-née. Peu après son retour de couches elle retombe enceinte et au troisième mois de sa grossesse va voir ses parents. Ceux-ci la conduisent au bain maure et au retour du bain elle perd du sang sans caillots, ni douleurs, dit-elle ; depuis elle est réglée tous les mois. Son père la reprend alors chez lui sans dire au mari ni le début de la grossesse, ni l'accident du bain maure. Huit mois après elle se remarie et aussitôt après son mariage sent « quelque chose qui lui bouge dans le ventre. » Elle se fait alors examiner par une sage-femme mauresque qui lui affirme qu'elle avait un enfant endormi qui se réveillait. Elle vient à notre visite pour savoir la vérité et, en cas de grossesse, mettre l'enfant au compte du premier mari. Nous constatons un utérus normal, des règles régulières, aucun signe de grossesse, seulement une grande constipation et des borborygmes sonores.

Toutes les observations que nous possédons, comme les deux que nous publions, et qui sont toutes dues à l'obligeance de la *doctoresse Deschamps*, sont de 1906. Elles montrent que l'on se trouve en présence de femmes ayant fait, au début d'une grossesse, une fausse-couche ignorée et que croyant toujours l'enfant dans leur utérus, désireuse d'autre part d'être mère, elles étudient d'une façon minutieuse leurs sensations intimes et alors, le moindre météorisme, la circulation des gaz intestinaux seront attribués au fonctionnement de l'utérus. Les commentateurs du Koran sont très explicites sur cette question de l'enfant endormi. La détermination de la grossesse la plus longue varie d'ailleurs suivant les rites de deux à quatre, cinq ans et même plus. Voici ce que dit à ce sujet *Sidi-Khalil*, commentateur malékite, qui est le rite suivi par les Musulmans d'Algérie.

« La femme qui soupçonné qu'elle est enceinte devra attendre et devra prolonger cette attente jusqu'à la limite possible de la gestation. Cette limite extrême est-elle de quatre ou cinq ans ? Ce point a été discuté par les juristes. Quant au terme de cinq ans il est indiqué par Dieu. Le terme de quatre ans est adopté comme le plus général. »

Plus d'un Musulman, revenu d'un long voyage ou d'un pèlerinage ayant duré plus d'une année, ne s'étonne pas de trouver à la maison un nouveau-né ; c'est un enfant endormi qui s'était réveillé peu de temps avant le retour du père.

Il ne faut, du reste, pas s'étonner outre mesure de

cette étrange théorie ; c'est une question tranchée différemment suivant les époques. La loi des Douze Tables, à Rome, déclarait illégitimes tous les enfants qui naissaient après le dixième mois de la dissolution du mariage. En France, avant la Révolution des hommes sensés soutenaient que les longues gestations pouvaient durer trois années et les décisions des parlements les ont portées à douze, treize et même dix-huit mois. De là les arrêts contradictoires rendus sur la matière. Pour y remédier, *M. Fourcroy* fut chargé d'un rapport sur les gestations ; dans l'intérêt de la légitimité, les législateurs de 1803, revenant à la règle ancienne, fixèrent la durée de la gestation de 180 à 300 jours.

Diverses hypothèses ont été émises pour expliquer cette superstition de l'endormi. Les uns y voient une sorte de lévirat tendant à la conservation de la famille, d'autres pensent que c'était le moyen d'éviter à la femme les peines rigoureuses de l'inconduite ; on peut aussi croire que c'était pour avoir un peuple fort et dans lequel ne se rencontrerait aucune classe de déshérités. Comme pour les grossesses dites prolongées la question de l'enfant endormi doit être conclue par la négative, en se basant sur la définition exacte et complète que notre maître le *professeur Pinard* donne de la grossesse : « *Etat fonctionnel particulier dans lequel se trouve la femme pendant toute la durée du développement de l'œuf humain.* » Il est impossible de connaître le début de la fécondation ; aussi il y a là une cause d'erreur importante dont

parlait déjà Hippocrate. Les quelques observations citées de grossesses prolongées ont trait, on le sait aujourd'hui, soit à des grossesses extra-utérines, soit à des rétentions d'œuf dans l'utérus jusqu'après le terme normal ou encore à des naissances tardives par obstacles à l'accouchement.

D'ailleurs, il ne faut pas nous attendre à trouver, même chez les matrones les plus habiles et les plus intelligentes, un véritable ensemble de connaissances et de pratiques rationnelles touchant leur art. La sage-femme indigène sait fort peu de choses relatives à la grossesse, à l'accouchement et ce qu'elle sait elle l'a appris par tradition ; elle ne trouverait que fort peu de choses dans les livres des médecins arabes qui ne se préoccupèrent jamais des accouchements.

Malgré leur ignorance, c'est cependant à elles que l'on s'adresse dans tous les cas où l'on veut avoir un avis sur la nubilité, la virginité, l'état de grossesse d'une femme.

En règle générale on ne veut pas donner une jeune fille à son mari avant qu'elle ne soit nubile et l'administration a certaines garanties pour que les mariages des femmes trop jeunes ne puissent se consommer. Il y a deux façons de se marier. La première sous l'autorité du *cadi* ; on mène la jeune fille devant ce fonctionnaire qui permet ou non (et la loi malékite lui sert de guide) le mariage, s'il y a contestation l'autorité française intervient. Un autre procédé est celui des *tolbas* : en présence de

deux lettrés et de deux témoins, le mariage avec une jeune fille est possible, si elle est reconnue nubile ; la loi malékite donne ici encore des armes à l'autorité française ; s'il y a fraude, les tolbas en sont responsables corporellement. La sage-femme, auxiliaire du cadi, chargée d'examiner une jeune fille pour permettre ou non le mariage, possède des renseignements très rudimentaires. Elle se base le plus souvent sur l'apparition non provoquée des menstrues, le renforcement de la voix, l'apparition de poils sous les aisselles ou sur le pubis ; si ces signes manquent, on considère que la nubilité est certaine si la jeune fille a atteint sa dix-huitième, sa seizième ou même sa treizième année. En outre de leur ignorance, et peut-être même à cause de leur ignorance, les kablas ne sont pas, d'ordinaire, d'une moralité exemplaire ; avec quelques cadeaux on leur fait dire tout ce que l'on veut.

Mais cette pratique des mariages précoces a-t-elle des inconvénients ? Certains auteurs l'ont pensé et croyaient que ces jeune filles devaient avoir des accouchements difficiles, peu d'enfants dans la suite et être exposées à des complications génitales. *Le docteur Picard*, dans sa thèse, arrive à d'autres conclusions. Les femmes ne sont pas plus exposées aux avortements et aux suites de couches pathologiques, que les autres. Leurs accouchements se font normalement. La seule particularité à noter est que l'on doit rompre artificiellement les membranes.

Après diverses cérémonies dans lesquelles la

femme est laissée au second plan et où les pratiques superstitieuses sont nombreuses, le mariage a lieu et les familles viennent constater qu'il n'y a pas eu fraude, d'aucune sorte.

La condition de la femme musulmane, on le sait, est très misérable. Elles se livrent, en général, à des travaux très fatigants. Elles ne prennent aucun soin intime en temps normal ; aussi les inflammations génitales sont-elles fréquentes. Les toilettes vaginales ont cependant lieu et sont ordonnées par la loi, après les époques menstruelles, et nous savons que, pendant ces périodes, les hommes ne doivent jamais approcher la femme.

Une nouvelle mariée constate un arrêt des règles ; elle se dit de suite grosse. La femme, à partir de ce moment, ne prend pas plus de soins de sa personne que si elle n'était pas enceinte ; elle est toujours aussi maltraitée par son mari. La syphilis étant très fréquente chez les Musulmans d'Algérie, on rencontre très souvent des avortements. Pourtant nous ne savons rien à ce sujet, les indigènes s'observant très mal et les futures sages-femmes indigènes pourront être utiles pour nous recueillir des renseignements précis.

Les matrones ne savent pas diagnostiquer la présentation du fœtus ; elles ne savent pas, non plus, reconnaître un accident de la grossesse, ni prévoir un cas dystocie. Quand les grossesses sont pénibles, dans le cas de vomissement, on applique sur le ventre de la femme des cataplasmes de résine de pin, on fait prendre des graines de *Kemmoun* (cumin) et

on en sème autour de la femme. Pour avoir une belle grossesse et un bon accouchement on attache sur une des cuisses de la femme un morceau d'une peau de serpent. Imbues de cette idée, très en honneur chez les Grecs et les Romains, que la femme enceinte, pour procréer de beaux enfants, ne doit voir et se représenter que de belles choses, les femmes indigènes considèrent comme funeste au fœtus la vue d'un infirme ou d'un objet peu esthétique ; aussi font-elles tout leur possible pour chasser une telle mauvaise image de leur idée.

Au moment du travail les hommes quittent tous le domicile ; les enfants seuls restent auprès des femmes. Les commères de la région sont toutes réunies. La kabla, si c'est la coutume de la région, a fait porter sa chaise d'accouchement. Cette chaise dont on se sert encore aujourd'hui, mais de plus en plus rarement, dans les pays de civilisation avancée, était employée dans plusieurs pays, en France même. Nous croyons que ce sont les Maures d'Espagne qui l'ont apportée, avec eux ; car on ne trouve son emploi que dans certains grands centres où les Maures sont passés. En général les femmes arabes accouchent sur des nattes ou accroupies en se tenant à une corde ou soutenues par une aide qui passe ses bras autour de leur taille. Les kabyles font leurs accouchements debout. Les femmes qui assistent à l'accouchement lui donnent du courage, l'exhortent à pousser, font des prières. Différentes pratiques sont en usage pour faciliter l'expulsion du fœtus ; on fait

boire de l'huile avec l'idée que cette boisson facilitera le glissement ; d'autres dirigent des vapeurs spéciales sur les parties génitales ; dans quelques cas la matrone frictionne la vulve avec de l'huile ou de la graisse. Dès qu'une partie fœtale apparaît à la vulve on la tire pour hâter la sortie du fœtus. Quelquefois, mais rarement, si l'accouchement est long, on roule la femme à terre ; mais, le plus souvent, si la nature ne se charge pas de terminer le travail, on laisse la femme et *Allah* seul pourra la délivrer. Naturellement les kablas n'ont aucune notion sur ce que l'on doit faire en cas d'accident pendant le travail. Aussi les suites fâcheuses sont-elles fréquentes, surtout les prolapsus génitaux, les fistules vésico-vaginales, les ruptures utérines, les infections.

A côté des avortements syphilitiques il y a de nombreux avortements provoqués. Ce sont les matrones qui en ont la spécialité à un tel point que les Européennes vont souvent les consulter. A ce sujet, il est intéressant d'étudier les plantes qu'elles emploient pour avorter. D'ailleurs la plupart de ces drogues étaient déjà connues des anciens et on les trouve rapportées par Pline l'Ancien. La *menthe poivrée* jouit de la réputation d'empêcher la conception. La *garance*, le *thym*, la *rue* sont employés comme abortifs et cette propriété donnée à ces plantes se retrouve dans les auteurs de l'antiquité.

L'enfant sorti, on sectionne le cordon avec un couteau puis on brûle la surface de section, pour

arrêter l'hémorragie et empêcher les mauvais génies de passer par la plaie ombilicale.

La délivrance est toujours abandonnée aux soins de la nature. De suite après l'expulsion du fœtus, on serre fortement le ventre de la femme et on exerce des tractions sur le cordon. Si la délivrance se fait attendre, on secoue la femme ; on lui fait respirer des odeurs fortes, du piment, on brûle près d'elle des poils de lion, on lui conseille de souffler dans une bouteille ; la peau de serpent facilite l'expulsion de l'arrière-faix. Dans tous les cas, la femme est abandonnée et les accidents dus à la rétention placentaire sont fréquents, ainsi que toutes les suites de la délivrance pathologique.

La naissance du nouveau-né, surtout si c'est un garçon, est un événement heureux dans la famille. Des fêtes sont données à cette occasion et c'est ce jour-là que la sage-femme reçoit des cadeaux pour les soins prodigués. On frictionne l'enfant avec un corps gras, surtout au niveau des articulations, puis l'enfant est présenté à un marabout. Il est enroulé dans des linges, les bras emprisonnés le long du corps et souvent il est attaché sur le dos de sa mère. Il n'est lavé que le septième jour ; des plantes aromatiques sont versées dans son bain ; il existe certaines régions où ce bain n'est donné qu'au bout de quarante jours.

Après l'accouchement la femme se relève bientôt et reprend sa vie ordinaire. Toujours pas de soins et

beaucoup de surmenage. C'est pourquoi les femmes sont toutes, après leur délivrance, des infirmes.

Le sentiment maternel est très développé chez les femmes musulmanes. Toutes ou presque toutes allaitent elles-mêmes leurs enfants. Il n'y a aucune direction dans cet allaitement ; elles donnent le sein à l'enfant d'une façon très irrégulière. Les femmes sèvent leurs enfants sans avoir aucune notion sur cette question ; quelquefois elles prolongent l'allaitement jusqu'après la deuxième année et alors on voit souvent la même femme donner le sein à deux enfants à la fois. D'autres fois elles arrêtent l'allaitement sans se préoccuper de la saison et de la nourriture que peut prendre le petit, ne connaissant rien des accidents du sevrage. Aussi il se fait, par la mortalité infantile très grande, une sélection naturelle et c'est sans doute là la raison qui fait que les Arabes sont presque tous des hommes robustes.

Vers l'âge de sept ans, on pratique la circoncision (*Khetana*), cérémonie religieuse importante. C'est une opération pratiquée par un spécialiste qui fait placer devant lui, les jambes bien écartées, le petit patient ; avec les doigts, il attire en avant tout ce qui peut sortir de muqueuse préputiale et de peau qu'il serre fortement avec un instrument en roseau et sectionne tout d'un coup ce qui dépasse le roseau. Comme toujours il y a des réjouissances à cette occasion et le jeune garçon est le roi de la fête.

A notre avis, les Musulmans d'Algérie peuvent être considérés comme un peuple dont l'évolution

reste stationnaire. En effet, leur médecine populaire est le reflet exact de la médecine antique. Nous avons montré que les substances abortives se retrouvent dans les auteurs anciens et sont rapportées par Pline l'Ancien. De même l'*armoïse*, la *cantharide*, le *styrax*, l'*anis* sont employés comme emménagogues. L'*anis*, le *fenouil*, la *camomille* sont réputés galactagogues. L'*alun*, ainsi que l'*écorce de chêne*, est employé comme astringent dans les maladies du vagin et de la matrice. Les femmes indigènes connaissent le *pavot*, le *miel* et l'*opium* qu'elles emploient dans les affections douloureuses des organes génitaux ; elles connaissent aussi les pansements vaginaux faits avec ces dernières substances.

La pharmacopée gynécologique populaire indigène est donc bien l'héritière fidèle des prescriptions antiques et il est curieux de remarquer que plusieurs de ces substances se retrouvent avec les mêmes indications dans les vieilles recettes de nos pays européens. Nous devons donc considérer les Musulmans comme beaucoup plus près de nous qu'on ne le croit ordinairement.

CHAPITRE III

ÉTAT ACTUEL DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DES FEMMES ET DES ENFANTS INDIGÈNES

A). — *Assistance dans les centres importants, particulièrement à Alger.*

Si l'on met en parallèle les résultats acquis dans le domaine de l'assistance médicale des femmes musulmanes d'Algérie, d'une part dans les grands centres et particulièrement à Alger, et d'autre part dans l'intérieur de l'Algérie, on est frappé de la disproportion énorme qui se présente. Il ne faut pourtant pas trop s'en étonner. Tant que les moyens mis par l'administration à la disposition de l'assistance médicale des indigènes ne seront pas suffisants, on devra se résoudre à ne voir faire de l'assistance réellement effective que dans les grands centres, où toutes sortes de raisons favorisent le développement pratique de cette assistance.

Mais, indépendamment de conditions d'ordre

purement budgétaire qui ont permis à certains praticiens d'obtenir, dans les grandes villes, des résultats qu'on allait jusqu'à regarder comme inespérés, tant sont répandus les préjugés en matière d'assistance médicale des indigènes, il faut également mettre en ligne de compte certaines particularités des mœurs des indigènes des grandes villes moins arriérés, certes, que les populations des campagnes. Passer sous silence ces particularités, ce serait sembler donner raison à ceux qui prétendent unifier l'assistance médicale des indigènes sous prétexte que tous nos sujets musulmans d'Algérie, pris en bloc, ont mêmes coutumes, mêmes tendances, même mentalité.

Or, n'oublions pas que des conditions favorables d'existence, de bien-être, d'éducation font naître chez les indigènes des villes, des préoccupations hygiéniques égales, supérieures même quelquefois, aux préoccupations de même ordre chez les Européens de la classe sociale correspondante. A certains égards, l'ouvrier indigène des villes a une hygiène individuelle, familiale et domestique plus parfaite que l'ouvrier européen. L'usage traditionnel du hammam en est une preuve.

Cependant, aussi bien dans les grandes villes qu'à la campagne, le praticien est obligé de lutter contre les préjugés et la routine, contre la misère surtout avec son cortège effrayant de déchéances, de toute sorte. Chaque fois, pourtant, que certaines conditions normales d'assistance médicale ont pu être réalisées,

chaque fois que l'initiative et la bonne volonté des médecins n'ont pas été soumises à de trop rudes épreuves, on a pu voir presque immédiatement combien l'influence des idées et des pratiques médicales modernes étaient capables de modifier et de détruire certaines manières d'être anciennes des indigènes pourtant jugées irréductibles.

Les femmes indigènes, aussi vite que les hommes et souvent même plus rapidement, ont appris à reconnaître que leur intérêt particulier était en jeu et qu'elles avaient tout à gagner en abandonnant, sans regret, certaines de leurs conceptions traditionnelles pour en accepter d'autres plus neuves et plus utiles. Au moins dans le domaine de l'assistance médicale de l'individu il s'est fait rapidement une évolution de la société musulmane, et les femmes ont participé à cette évolution, chaque fois qu'il leur a été permis de bien jouir des bienfaits de notre médecine moderne.

C'est un principe que, pour arriver à ce résultat, il faille sacrifier, même d'une façon transitoire, à certaines prétendues habitudes de la race arabe justement incompatibles avec le fonctionnement d'une assistance médicale normale. Ainsi un des principes les plus élémentaires de l'hygiène moderne, la propreté, est rigoureusement suivi à la clinique pour femmes indigènes que dirige, à Alger, *M^{me} la doctoresse Légey*.

Ici, nous sommes loin du plan de certaines infirmeries indigènes de l'intérieur où il n'existe pas

de baignoire, pas de buanderie, et, à plus forte raison, pas d'étuve ni d'appareil à stérilisation, et pourtant dans lesquelles, comme à Marnia, le médecin pratique des opérations chirurgicales très importantes, telles que des amputations de jambes, des désarticulations de l'épaule. Certains médecins ne vont-ils pas jusqu'à prétendre :

« Qu'obliger les indigènes hospitalisés à observer les lois de propreté indispensables dans nos établissements européens, cela porte une trop rude atteinte aux habitudes des indigènes et froisse cruellement les misérables contraints à se mettre entre les mains de médecins français. »

Pour notre part, nous nous sommes rendus compte par nous-même que la propreté qui règne à la clinique indigène d'Alger ne froissait nullement les misérables qui réclament leur hospitalisation dans ce petit établissement dont les salles sont certainement aussi bien, peut-être mieux tenues que certains services de nos hôpitaux européens. La clinique reçoit, pourtant, non seulement des mauresques d'Alger, accoutumées à une certaine propreté, habituées aux soins d'hygiène corporelle et qui, indépendamment de la visite hebdomadaire au hammam, pratiquent presque toutes l'usage quotidien du peigne et du savon, mais encore des femmes de l'intérieur, des Kabyles, souvent moins propres et qui sont, parfois, fâchées, lorsqu'on leur fait une première toilette à leur arrivée dans le service. Au bout de peu de temps toutes les femmes musulmanes, indistinctement, s'accoutument d'une façon parfaite aux règles de propreté en usage à la clinique indigène.

La clinique indigène d'Alger est installée dans une maison mauresque, transformée pour son nouvel usage, située en plein quartier arabe, à la Kasbah, au numéro 68 de la rue Porte-Neuve. Au rez-de-chaussée se trouvent la lingerie, la salle de consultation, le logement de l'infirmière, la salle de bain (l'ancien bain maure) et une sorte de tisanerie, le tout entourant une cour intérieure qui sert de salle d'attente. La cuisine, la chambre de la sage-femme se trouvent sur la terrasse, sur laquelle on a fait construire une buanderie. La clinique possède des water-closets à l'anglaise avec chasse d'eau. Dans chaque chambre de malades est installé un lavabo de bois blanc recouvert de toile cirée avec cuvette et pot-à-eau en tôle émaillée. Les malades y doivent venir faire chaque matin leur toilette, quand elles ne sont pas forcément alitées ; celles qui ne peuvent se lever sont peignées et lavées, chaque jour, par une infirmière indigène.

Chaque fois qu'une malade entre à la clinique, elle passe tout d'abord à la salle de bain, où on lui fait un sérieux nettoyage, ainsi qu'une application d'onguent mercuriel sur la tête, quand elle a des poux. Les pédiculi

pubis

 sont très rares ; car les indigènes d'Algérie ont conservé la coutume antique de l'épilation du pubis et des aisselles. Après le bain, l'entrante est habillée de vêtements appartenant à la clinique et d'une rigoureuse propreté, chemise, camisole, pointe de tête en calicot blanc lessivées, pantalon et blouse de couleur pour pouvoir monter à la terrasse. Les vêtements qu'enlève la malade à son entrée sont emportés par les personnes qui l'ont accompagnée et rapportés propres, le jour de sortie. Quand les loques sont trop sordides, elles sont



Salle de travail de la Clinique indigène d'Alger



Salle de consultations de la Clinique indigène d'Alger

brûlées et, quand la malade quitte le service, elle reçoit une chemise et une robe neuves, confectionnées à la clinique.

Ainsi, comme nous avons pu nous en convaincre nous-même, au moins dans un établissement, la légende de la saleté irréductible des indigènes est anéantie. Nul doute qu'en installant tous les établissements hospitaliers destinés aux indigènes, avec ce souci constant de respecter les règles de l'hygiène courantes et rationnelles, on n'arrive rapidement à des résultats beaucoup plus satisfaisants que ceux obtenus jusqu'à ce jour.

Les malades de la clinique indigène de la rue Porte-Neuve sont couchées dans des lits du modèle des lits militaires composés de châlits avec planches, de deux matelas de crin végétal, d'un traversin également de crin et de deux couvertures dont une de laine et une de coton. Chaque lit est recouvert d'un couvre-lit de cotonnade blanche, ce qui donne aux salles un aspect très propre ; toutes les semaines les lits sont démontés et portés à la terrasse où on les aère.

La clinique est donc, selon l'étymologie, une clinique avec des lits, l'usage du drap de lit n'étant pas très répandu chez les populations musulmanes d'Algérie, on s'est contenté, dans quelques infirmeries, de recouvrir le matelas d'une toile forte, attachée aux quatre coins et destinée seulement à garantir le matelas. Dans d'autres, les matelas ont été simplement posés à terre sur des nattes. Comme il faut qu'un malade soit couché proprement, confortablement et qu'il n'ait pas à souffrir du froid, nous pensons que, seul le système des lits avec

draps réunit les conditions indispensables du lit d'hôpital.

Somme toute, malgré son pittoresque, on a l'impression bien nette, après une visite à la clinique indigène d'Alger, que ce petit établissement est aménagé de façon à recevoir, pour y être hospitalisées et soignées, aussi bien des femmes européennes que des musulmanes d'Algérie. Sans doute, ici encore, afin de ne pas dépayser les malades, afin de les amener plus volontiers à venir se faire soigner selon les méthodes européennes, les mœurs et les coutumes indigènes sont respectées ; mais, tout ce qui, de ces mœurs ou de ces coutumes, entrave trop l'exercice normal de la médecine, est négligé ou écarté.

Du reste, les malades elles-mêmes s'accoutument très rapidement à nos pratiques médicales et, en ce qui concerne le traitement, il est extrêmement rare qu'une femme indigène s'oppose à une médication quelconque. Leur docilité native, leur grande confiance les empêchent de résister ; mais, d'autre part, elles ne sont pas toujours complètement, passivement fatalistes et plusieurs, même, cherchent à se rendre compte de la nature, de l'action des remèdes que l'on emploie pour les soigner.

« Une fois, nous raconte *M^{me} Léger*, une malade superstitieuse comme beaucoup de ses compagnes, voyant que son état ne s'améliorait pas assez rapidement, demande la permission de sortir une demi journée pour aller immoler une poule sur le tombeau d'un marabout réputé guérisseur.

Mais c'est l'exception chez les hospitalisées de la clinique qui, durant leur séjour dans le service, ne parlent d'aucun remède empirique arabe et ne cherchent d'aucune façon à s'en procurer. Ainsi les syphilitiques, voyant rapidement que leur état s'améliore sous l'influence du traitement mercuriel, réclament elles-mêmes « *leurs piqûres avec l'aiguille* ».

La clinique indigène, manquant de pavillon d'isolement, ne peut recevoir de maladies contagieuses. Ce pavillon d'isolement, annexé à la clinique, serait d'une grande utilité, car les indigènes sont capables de cacher soigneusement les cas de maladie contagieuse (variole, diphtérie, rougeole, etc.) qui se peuvent déclarer dans leur demeure, uniquement parce qu'ils ont encore horreur de voir leurs malades hospitalisés à *El Kettar* (ambulance d'isolés dans les environs d'Alger). *M^{me} Léger*, voyant arriver, un jour, à la clinique, une femme, atteinte de variole, lui démontra qu'elle ne pouvait la recevoir dans son service, mais qu'elle allait la faire transporter à El Kettar. La malade s'enfuit sans donner son adresse, ce qui mit *M^{me} Léger* dans l'impossibilité de la faire conduire d'autorité à l'ambulance des contagieux. La clinique étant obligée de recevoir les tuberculeuses, dont le nombre est si grand parmi les femmes indigènes, soumises à des conditions d'hygiène extrêmement défectueuses, bien qu'il n'y ait pas de salle d'isolement spéciale pour elles, ces malades sont groupées de façon à obtenir un isole-

ment partiel et toutes les précautions sont prises pour éviter, dans la plus grande mesure possible, la contagion.

Une sage-femme, *M^{me} Résural*, habite la clinique ; elle est chargée de la surveillance des malades hospitalisées et aide le médecin. L'infirmière arabe est une ancienne kabla très intelligente et très active. Deux autres infirmières complètent le petit personnel de la clinique, avec une cuisinière indigène.

Des consultations annexées à la clinique ont lieu tous les matins, et ce service, organisé depuis 1902, est toujours très suivi. Des distributions gratuites de médicaments sont faites à chaque consultation, pour certains remèdes, afin d'en montrer le mode d'emploi et pour éviter des erreurs, on les fait absorber aux malades séance tenante.

Les chiffres suivants montrent l'activité croissante de la clinique d'Alger.

En 1905, 148 femmes et 49 enfants ont été hospitalisés avec un total de 6.115 journées. On a soigné 81 maladies gynécologiques et 52 affections chirurgicales, 21 syphilitiques. On a donné 14.243 consultations, et fait 1.239 vaccinations.

En 1906, il y a eu 6.702 journées de malades avec 161 femmes et 51 enfants ; on a soigné 88 affections gynécologiques et 34 affections chirurgicales, et on a donné des soins à 29 syphilitiques. En outre 17.656 femmes et enfants sont venus consulter, et on a fait 867 vaccinations.

Des services spéciaux pour les femmes indigènes avaient été institués et fonctionnent dans sept

centres importants, en dehors d'Alger. Oran, Constantine, Bône, Maison-Carrée, Tlemcen, Blida, Miliana. Dans tous ces centres, les consultations gratuites, avec délivrance de médicaments ont d'abord été organisées. A Oran, Constantine, Tlemcen et, depuis peu, à Bône, on a ensuite installé des infirmeries pour femmes indigènes. Depuis 1905, les consultations de Miliana et de Blida ont été transformées, les femmes médecins ayant cessé leurs fonctions ; de même, l'infirmerie pour femmes indigènes de Tlemcen ne fonctionne plus.

A Oran, l'infirmerie indigène pour femmes est dirigée par *M^{lle} Eudel*, docteur en médecine. En 1905, on a hospitalisé 132 femmes et 39 enfants ; on a donné 10.978 consultations extérieures. En 1906, il y a eu 121 femmes et 30 enfants et 10.988 consultations. Les maladies d'yeux, de la peau, la syphilis à la troisième période se rencontrent le plus souvent.

A Constantine, l'assistance médicale aux femmes et aux enfants indigènes, mise entre les mains de *M^{me} O. de Griniewitch* fonctionne avec activité, comme en témoignent les chiffres suivants pour 1906. On a hospitalisé 123 femmes et 44 enfants avec 45 affections gynécologiques, 12 affections chirurgicales. D'autre part, 16.971 consultations externes ont été données.

A Maison Carrée, où la consultation a lieu deux fois par semaine, *M^{me} Chellier Castelli* est à la tête de ce service, depuis novembre 1904, dans un bâti-

ment communal. Une sage-femme européenne et une infirmière indigène parlant français sont attachées à ce service. Pour le moment, il ne faut pas penser pouvoir y installer une infirmerie, les locaux étant insuffisants et la commune semblant se désintéresser de cette œuvre. 5.198 consultations en 1905 et 5.917 en 1906 ont été données.

A Bône, la *doctoresse Deschamps*, dirige avec activité le service des consultations, réservées aux femmes et aux enfants indigènes ; ces consultations ont lieu trois fois par semaine. De plus, le praticien fait, souvent, gratuitement des visites chez les malades qui ne peuvent se déplacer, réalisant ainsi une ébauche d'assistance à domicile. Elle nous apprend qu'elle vient d'ouvrir dernièrement une infirmerie qui est appelée à rendre de réels services. En 1906, on a donné 4.297 consultations à 455 femmes et 572 enfants et 117 vaccinations ont été pratiquées. *M^{lle} Deschamps* se sert d'une interprète ; mais, comme elle nous l'écrit, elle s'est rendue compte de l'utilité de la langue arabe et s'est mise à l'apprendre. Très au courant des mœurs arabes, ce praticien, bien pénétré de la nécessité de cette assistance, espère obtenir des résultats plus satisfaisants encore.

B. — *Assistance des femmes indigènes dans
l'intérieur de l'Algérie*

Sur ce terrain tout est à organiser, pour ainsi dire. Les différentes infirmeries indigènes installées dans



Vue extérieure et intérieure de la Clinique indigène de Maison Carrée

divers centres de l'intérieur sont bien, au moins en principe, aménagées pour hospitaliser les femmes indigènes malades. Mais nous avons suffisamment montré qu'il était bien difficile de traiter les femmes dans des établissements hospitaliers souvent fort éloignés de leur demeure. Bien moins qu'à l'homme, il est possible à la femme musulmane d'abandonner son foyer où elle laisserait, la plupart du temps, une nombreuse famille. A plus forte raison les jeunes enfants malades ne peuvent que rarement être traités dans les infirmeries.

Pas plus que les infirmeries indigènes, les consultations gratuites sur les marchés, avec délivrance de médicaments, n'arrivent à réaliser, même dans une faible mesure, l'assistance médicale des femmes et des jeunes enfants. Rares sont, en effet, les femmes qui viennent elles-mêmes demander sur les marchés des soins au médecin de colonisation et cela non pas parce que le médecin est un homme, mais parce qu'il est, la plupart du temps, très difficile aux femmes de se déplacer, de quitter leurs demeures souvent fort éloignées du lieu où se donne la consultation.

Le pareil fait se produisit, du reste, quand un médecin femme, *M^{me} la doctoresse Chellier-Castelli*, eut l'occasion d'aller faire de la médecine en pays indigène ; elle n'arrivait à voir et à traiter que les femmes habitant à proximité du lieu où la tebibia française avait mis pied à terre et installé sa consultation. Il arriva même que *M^{me} Chellier*, tout comme

un médecin homme, traite beaucoup plus d'hommes que de femmes. Il serait, comme on le pense, excessivement pénible à des praticiens femmes, d'assurer un service que les médecins hommes ont grand peine à assurer. L'existence d'une femme médecin serait pleine d'ennuis et de fatigues si on l'obligeait à vivre dans l'intérieur de l'Algérie.

Comme, d'autre part, étant donnée la vie sociale des habitants indigènes surtout dans les campagnes, l'assistance médicale à domicile est, logiquement, la seule assistance possible et efficace pour arriver à faire bénéficier, dans une assez large mesure, la femme indigène de notre médecine, nous sommes amené à conclure que tous nos efforts doivent se porter sur l'organisation d'une telle assistance. Nous ne pourrions tenter une ébauche de cette assistance à domicile en pays indigène qu'avec le concours de femmes indigènes suffisamment éduquées pour remplir le rôle qui leur incombera. L'assistance des femmes en couches étant, somme toute, la plus urgente et assez facile à réaliser pratiquement, au début, les femmes indigènes que nous éduquerons auront une instruction obstétricale leur permettant d'être utiles à leurs coreligionnaires privées de tout soin rationnel dans une des circonstances les plus graves et les plus importantes de leur existence, au moment de l'accouchement.

C'est à ces futures sages-femmes indigènes que nous pourrions confier, en même temps, le rôle, aussi important, de vulgarisateurs, auprès des femmes

indigènes, des idées modernes pratiques d'hygiène, de médecine familiale, domestique et sociale. Nous sommes amené à élargir la conception de notre programme d'assistance médicale féminine, justement pour lui permettre de porter ses fruits, et nous concevons la création d'une sorte de corps de femmes indigènes, calqué sur le modèle du corps des auxiliaires médicaux indigènes. Nous aurions ainsi, en encadrant solidement ces fonctionnaires d'un nouveau genre, par des médecins (hommes ou femmes), par des sages-femmes européennes, un certain nombre de véritables auxiliaires médicaux femmes. Il faut entendre par ce terme d'auxiliaires des femmes capables, d'une part, par leur instruction solide presque complètement pratique de rendre, d'une façon parfaite les services que l'on doit attendre d'une sage-femme doublée d'une infirmière et d'une garde-malade, et, d'autre part, ayant une suffisante instruction théorique leur permettant d'être, auprès de leurs coreligionnaires arriérées de véritables agents de vulgarisation des idées générales sur la médecine et l'hygiène, idées sans lesquelles toute tentative d'assistance médicale effective des indigènes sera frappée de stérilité.

Nous ne pensons pas, cette fois, que cette nouvelle institution soulève autant de protestations que celle des auxiliaires médicaux hommes. La question de l'exercice illégal de la médecine et de l'obstétrique par les auxiliaires femmes ne se posera, peut-être, pas cette fois d'une façon aussi aiguë; les

médecins et les sages-femmes pourvus de diplômes en règle et qui, jusqu'à présent, surtout dans l'intérieur de l'Algérie, ne font pas et ne peuvent pas faire véritablement de clientèle arabe, surtout dans les milieux pauvres, ne pourront sincèrement craindre de concurrence déloyale de la part des auxiliaires femmes qui leur enlèveront plus de travail fatigant que de profits pécuniaires.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'indigène d'Algérie, pauvre ou riche, a toujours une tendance à croire ou à feindre de croire que les soins médicaux qu'il sollicite des médecins français sont dus, sans qu'il ait besoin de témoigner sa reconnaissance ou d'honorer pécuniairement son bienfaiteur. Tous les médecins, français ou indigènes, qui font de la clientèle musulmane, confirmeraient ce fait qu'il est très difficile de faire payer l'indigène malade soit parce que ce dernier est pauvre, soit qu'il croit que le gouvernement (*Baylick*) se charge de ce soin.

Pour toutes ces raisons, nous n'hésitons pas à proposer la création d'un corps d'auxiliaires femmes qui permettra d'organiser l'assistance à domicile des femmes en couches, des nourrices et des enfants en bas âge.

CHAPITRE IV

ESSAI D'ORGANISATION DE L'ASSISTANCE MÉDICALE DES FEMMES.

Nous venons de montrer, dans les précédents chapitres, que l'assistance médicale des femmes indigènes est à peine ébauchée en Algérie et que dans ces conditions, elle ne pourra jamais fournir de résultats heureux. Particulièrement l'assistance aux femmes en couches, ainsi que la protection des nouveau-nés et des enfants en bas-âge, sont complètement abandonnés. Nous comprenons bien que l'organisation complète et rationnelle de cette assistance soit très difficile à réaliser et nous ne ferons ici que tenter d'esquisser le projet de cette organisation dans ces lignes essentielles. Nous ne voulons étudier, d'ailleurs, la question qu'au point de vue purement médical. Nous pensons, en effet, qu'empiéter sur le domaine administratif et financier nous serait très difficile et délicat. Si nous posons en principe qu'à la base de toute organisation d'assistance médicale les considérations budgétaires doivent tenir une grande

place, il est du ressort de l'administration supérieure, seule, de proportionner les œuvres d'assistance aux ressources disponibles. Nous pensons, toutefois, que la réalisation de ce projet est possible sans des dépenses exagérées et inutiles.

Dans notre programme nous voulons arriver à la création d'un corps de sages-femmes indigènes, ayant, à peu de chose près, même instruction et même éducation que les sages-femmes européennes. Nous voulons aussi tenter l'organisation du service de l'assistance à domicile. Nous sommes bien persuadé que nous ne pourrions arriver qu'insensiblement à une assistance médicale rationnelle complète des femmes indigènes et nous songeons à utiliser tout d'abord les femmes indigènes elles-mêmes. En particulier l'assistance des parturientes musulmanes par les matrones, suffisamment éduquées, nous paraît mériter une étude, en attendant que les futures sages-femmes indigènes soient en mesure de rendre des services sérieux.

Comme nous l'avons déjà dit, nous ne sommes pas complètement de l'avis des auteurs qui pensent que les kablas sont nuisibles ; il nous semble, au contraire, qu'après avoir reçu une certaine éducation, elles pourront non seulement ne plus être nuisibles, mais même être utiles à leur coreligionnaires. Comme nous nous sommes efforcé de le montrer, il ne faudrait pas trop détruire, au début de leur nouvelle éducation, de trop forts préjugés, de trop grosses erreurs, en matière d'obstétrique

puisque la plupart du temps ces kablas ne possèdent, pour ainsi dire, aucune pratique obstétricale, bonne ou mauvaise. Certains auteurs ont bien insisté sur les manœuvres brutales auxquelles se livreraient les kablas ; mais cela est l'exception. Il ne faut pas croire, en effet, sur la foi de ces auteurs, que l'on monte sur le ventre de toutes les femmes indigènes pour obliger le fœtus à sortir, ou qu'on soumette les malheureuses parturientes à cent autres pratiques aussi barbares. Ce qui est plus vrai, c'est que les matrones, ne sachant presque jamais intervenir à propos, laissent les femmes mourir soit d'hémorragie, soit d'infection due à une rétention placentaire ; dans le cas de présentation vicieuse, elles ne font rien parce qu'elles ne savent rien faire. La parturiente, quand elle meurt, meurt beaucoup plus par manque de soins qu'à la suite de traitements intempestifs et violents.

Or, les femmes indigènes, nous le répétons à dessein, sont intelligentes. L'esprit des kablas étant aussi ouvert que celui des autres femmes, il conviendrait de les initier, le mieux possible, à certaines pratiques élémentaires et indispensables d'obstétrique ; il conviendrait de leur donner un petit bagage obstétrical leur permettant d'être utiles à leurs coreligionnaires.

Notions élémentaires et précises de propreté, d'antisepsie, connaissance des grands signes de la grossesse, étude des temps de l'accouchement et soins à donner aux parturientes et aux nouveau-nés : tels

seraient les points sur lesquels on attirerait leur attention. On leur apprendrait à reconnaître rapidement les cas de dystocie, pour leur permettre d'avertir, en temps utile, la sage-femme ou le médecin (homme ou femme européen).

Pour éduquer et instruire ces Kablas d'une façon efficace, il conviendrait, par exemple, de convier toutes celles d'une même commune, au centre de cette commune où serait fixée à demeure, à côté du médecin de colonisation, une femme médecin, ou ce qui serait encore plus facile à réaliser, une sage-femme européenne. Ces sages-femmes communales devraient être recrutées par voie de concours et placées par les soins de l'autorité supérieure et elles devraient justifier de connaissances réelles de la langue arabe usuelle, ce qui leur serait indispensable pour pouvoir exposer aux matrones indigènes les notions d'obstétrique, de puériculture, d'hygiène, qui feraient partie d'un petit programme fixé à l'avance. Qu'il nous soit permis, à ce sujet, d'insister sur la nécessité, pour tous les praticiens, femmes ou hommes, appelés à exercer en pays indigène, de connaître la langue arabe usuelle. L'administration supérieure a, déjà depuis quelques années, reconnu cette nécessité, en ce qui concerne les administrateurs de commune mixte, qui doivent tous justifier de connaissances suffisantes en langue arabe. Or, cette nécessité de connaître la langue des indigènes n'est pas moindre pour les médecins, qui, moins que les administrateurs, ont la ressource de recourir à des inter-

prêtes. L'usage des interprètes, en effet, et nous n'avons pas besoin d'insister sur ce point, est beaucoup plus délicat, beaucoup moins pratique quand il s'agit d'interroger des malades que quand il s'agit simplement de rapports quelconques avec les administrés. Il existe des primes pour la connaissance de la langue arabe, destinées à récompenser les fonctionnaires ayant satisfait à des examens prouvant qu'ils connaissent plus ou moins bien la langue arabe. Mais, pour l'instant, peu de médecins, pour une raison ou pour une autre, affrontent les épreuves de cet examen. Il nous semble que si cet examen était rendu obligatoire, un grand progrès serait réalisé dans le domaine de l'assistance médicale des indigènes ; car, grâce à la connaissance suffisante de la langue de ceux qu'ils seront appelés à soigner, les médecins de colonisation, qu'ils soient Algériens ou, ce qui arrive trop souvent, qu'ils viennent de France, seront bien moins exposés à faire une véritable médecine vétérinaire.

Les Kablas, qui devraient toutes posséder une autorisation administrative en règle, seraient par divers moyens encouragées à venir assister à de petites conférences pratiques, dans la mesure du possible, et théoriques, mais dans tous les cas, très simples ; car il sera très difficile, au moins au début, d'organiser un véritable enseignement pratique, tout au moins en ce qui concerne l'accouchement, les femmes enceintes et les parturientes ne consentant pas facilement à se laisser examiner sérieusement, palper,

toucher et ausculter. Au besoin ces matrones indigènes, qui seraient sous la direction de la sage-femme européenne et qui dépendraient de l'administration supérieure, pourraient être contraintes à assister à ces leçons. On établirait une sorte de roulement parmi elles, de façon à laisser dans les douars un certain nombre de kablas pour assister aux accouchements qui se produiraient pendant les leçons. On mettrait entre les mains de la sage-femme et du médecin de colonisation de petits manuels, simples, rédigés en langue usuelle où pourraient être, en particulier, notées les pratiques spéciales à la région, les termes spéciaux employés dans la région pour telle ou telle pratique gynécologique. Les Kablas seraient engagées à prévenir la sage-femme ou, à son défaut, le médecin de colonisation des accouchements à faire ou terminés et à leur indiquer les femmes pour lesquelles une intervention sérieuse serait nécessaire ; les plus zélées pourraient recevoir des primes spéciales.

A la suite du rapport fourni à M. Cambon par *M^{me} la doctoresse Chellier-Castelli* en 1896, il avait été adressé une note dans toutes les tribus, afin de connaître le sentiment des indigènes sur l'envoi, dans les principaux centres, de sages-femmes françaises. Cette proposition fut accueillie avec joie par toutes les populations musulmanes d'Algérie. Aussi le gouvernement général chargea *M^{me} Chellier* de recruter un certain nombre de sages-femmes françaises et de les installer dans divers centres de l'intérieur. Elle eut aussi la direction de ce nouveau

service, direction purement honorifique et nominale, car ce service ne fonctionna pour ainsi dire jamais. Trois sages-femmes furent placées dans l'Aurès, à la Soummam et à Aïn Touta (El Kantara) ; mais, pour des raisons que nous n'avons pu complètement élucider d'une façon précise, elles cessèrent bientôt de fonctionner et furent déplacées ou retirées.

Un autre essai d'installation de sages-femmes en pays indigène eut lieu, peut être parallèlement, peut-être à la suite du précédent, à l'hôpital indigène de *Saint-Cyprien des Attafs*, dans la plaine du Ché-liff. On avait visé un double but en plaçant une sage-femme à Saint-Cyprien : assister les femmes qui se présenteraient à l'hôpital pour leurs couches et aussi recruter des élèves indigènes et on comptait surtout sur les Kablas, qui auraient ainsi appris, par la pratique, l'art des accouchements. Malheureusement il est un fait certain, c'est que les femmes musulmanes, considérant, comme nous l'avons déjà dit, la parturition comme un acte absolument naturel, elles ne se soucient, pour ainsi dire jamais, de se faire hospitaliser pour accoucher. Aussi pas une femme ne demanda son admission à l'hôpital de Saint-Cyprien pour y faire ses couches.

Nous avons retrouvé ce même trait de mœurs chez les habitants des villes et, nous ne passons pas ce fait sous silence, en nous empressant de bien déclarer que nous ne le considérons nullement comme une preuve que les femmes indigènes sont et seront toujours réfractaires aux bienfaits de notre assis-

tance médicale. Il suffira de leur démontrer, comme on cherche du reste maintenant à le démontrer aux femmes européennes de nos pays civilisés, que souvent la femme enceinte, la parturiente et la nourrice ne peuvent pas et ne doivent pas être abandonnées aux seules ressources de la nature. Les femmes des villes commencent déjà, nous parlons au moins pour Alger, à se rendre compte que la sage-femme française et aussi le médecin sont utiles dans certains accouchements difficiles. Nous sommes persuadé, par quelques cas bien nets, quoique rares, qu'il faudrait, certes, faire des efforts pour persuader à la parturiente indigène qu'elle est une malade et qu'à cet égard, elle a droit à des soins, à des précautions hygiéniques spéciales mais nous sommes également persuadé que ces efforts ne seraient pas vains.

Ce qui est incontestable, c'est que la femme indigène, de la ville ou de la campagne, accepte beaucoup plus facilement l'assistance obstétricale à domicile. Longtemps encore, elles ne consentiront pas très facilement à se faire hospitaliser même dans les cliniques spécialement affectées aux femmes indigènes, pour y accoucher. Ainsi la sage-femme attachée à la clinique des femmes indigènes d'Alger est assez souvent sollicitée d'aller pratiquer des accouchements chez les femmes musulmanes de la ville, alors qu'au contraire très rarement, surtout en proportion du nombre de malades hospitalisés à la clinique, les femmes indigènes viennent accoucher à la clinique,

où elles savent cependant trouver les soins dont elles sont privées dans leurs propres demeures. (1)

En ce qui concerne l'hôpital de Saint-Cyprien, l'enseignement pratique de l'obstétrique n'ayant pu y être donné, puisqu'aucune femme ne consentait à être hospitalisée pour ses couches, on résolut de réduire cet enseignement à des leçons théoriques et on confia les fonctions d'éducateur des kablas à une sage-femme française. Mais une nouvelle difficulté surgit alors. Le professeur n'avait pas d'élèves. Pour arriver à s'en procurer, on eut recours à un procédé assez ingénieux ; on fit savoir aux kablas qu'elles recevraient un franc par jour comme prime de présence. Mais les auditrices du nouveau cours devinrent si nombreuses, et il fallait s'y attendre, qu'il fallut, pour ne pas grever le budget de la colonie, modifier ce mode de recrutement. On s'empressa de supprimer l'allocation journalière de un franc pour la remplacer par des primes d'encouragement données aux élèves les plus méritantes. Ce nouveau *modus vivendi* déplut tout à fait aux élèves, qui se dispersèrent une à une.

Certes, dans une assez grande mesure, l'appât du jeton de présence était, comme cela arrive du reste pour d'autres réunions de gens cultivés, chez des peuples moins primitifs, la cause de l'affluence des élèves, qu'on ne peut toutes considérer comme des

1 La moyenne annuelle des accouchements pratiqués à la clinique est de 40 environ.

affamées de science nouvelle. Cependant il est impossible de nier que si la sage-femme chargée de cet enseignement eût possédé certaines qualités indispensables, d'après nous, si elle eût su parler l'arabe, si elle eût eu quelques notions des mœurs des populations d'Algérie, par exemple, elle eût intéressé ses élèves pendant quelque temps et son amphithéâtre n'aurait pas été déserté aussi complètement et aussi rapidement. Il est difficile d'admettre que les promoteurs d'une œuvre, basée, somme toute, sur un principe sérieux et qui devait aboutir à un résultat, si minime fût-il, aient eu la naïveté de confier un tel enseignement destiné à des femmes indigènes incultes, à une personne absolument étrangère aux mœurs et à la langue arabe, à telle enseignante qu'elle était obligée, pour communiquer avec ses élèves, de se servir d'une jeune interprète d'occasion, aussi ignorante du français que la sage-femme était ignorante de l'arabe.

Sans considérer les indigènes comme des gens à intellectuel supérieure, comment voulait-on intéresser les kablas à un enseignement donné dans des conditions aussi grotesques ? Cet exemple nous prouve une fois de plus, sans que nous mettions le moindre parti pris à cette nouvelle critique, que le manque de logique, de plan précis et pratique, présidant souvent à la création et à la mise en train d'œuvres d'assistance médicale, excellentes en principe, mais qui doivent leur insuccès, souvent complet, à des défauts graves d'organisation.

Aussi, après cet essai malheureux, l'administration supérieure crut devoir supprimer les quelques sages-femmes qui avaient été installées en pays indigène et qui devaient, elles aussi, former les matrones indigènes de leur région.

Une seule de ces sages-femmes, *M^{lle} Paquereau*, fut maintenue et attachée à l'hôpital *Sainte-Eugénie* à Michelet, tenu par les Pères blancs. C'est la seule sage-femme qui, à notre connaissance, soit parvenue à obtenir de bons résultats. Nous présumons, que c'est grâce aux bonnes conditions dans lesquelles elle a été placée, grâce aussi à son initiative privée, qui a réussi, sans doute, à faire ce que ne peuvent toutes les circulaires administratives les mieux rédigées et enfin, parce qu'ayant été élevée en Algérie, grâce à ses connaissances des mœurs des indigènes précises et suffisantes, que *M^{lle} Paquereau* dut, sans doute, une grande partie de ses succès. Elle a dû réussir à gagner la confiance des femmes kabyles qui l'entourent. Ces femmes, en effet, nous le répétons, ne viennent pas faire leurs couches à l'hôpital *Sainte-Eugénie* ; mais elles appellent au moment de l'accouchement la sage-femme française, qui a su capter leur confiance. *M^{lle} Paquereau* avait réuni autour d'elle une dizaine d'élèves, qui l'accompagnaient auprès de ses clientes, apprenant ainsi l'obstétrique à l'aide du grand livre de la nature. Les résultats obtenus laissent bien augurer des résultats futurs, qu'on obtiendra certainement, si l'on voulait instituer un enseignement régulier pour les

femmes indigènes. Cette façon de préparer des sages-femmes était employée à Paris du temps du grand roi. *Le Maguet*, dans sa thèse sur *Le monde médical parisien sous le grand roi* nous dit que dans le courant du xvi^e siècle les accouchements étaient faits par les matrones, qui apprenaient la pratique de leur art en accouchant leurs voisines ou leurs parentes. Plus tard, sous le grand roi, il y avait trois moyens différents pour devenir sage-femme. Les élèves faisaient un apprentissage chez une matrone de la ville à leur choix ; ou bien elles suivaient les cours de Saint-Côme ; enfin, elles pouvaient travailler à l'office des accouchées, maternité annexée à l'Hôtel-Dieu. Ces dernières, seules, connaissaient d'une façon sérieuse leur métier, pouvant voir beaucoup de femmes et étant bien guidées. Les sages-femmes formées autrement que par l'office des accouchées de l'Hôtel-Dieu, étaient ignorantes, méchantes et pratiquaient, seules, les avortements.

Quatre élèves de *M^{lle} Paquereau*, après deux ans de cours et de pratique, ont été primées et jugées aptes à pratiquer l'art des accouchements. Ces sages-femmes indigènes devaient être placées dans les tribus et recevoir du gouvernement un traitement (que nous trouvons bien minime, même pour des indigènes) de 360 francs pour les deux premières et 240 pour les deux autres. Au dernier moment nous apprenons que *M^{lle} Paquereau* elle aussi a cessé ses fonctions.

De tels résultats que nous devons à *M^{lle} Paquereau*

montrent bien qu'il n'est pas impossible de trouver des femmes indigènes capables de recevoir une instruction suffisante pour leur permettre, dans la suite, de remplacer d'une façon plus parfaite les Kablas indigènes. Il sera possible de recruter, très sérieusement, des jeunes filles indigènes, offrant assez de garanties pour qu'on puisse leur confier, sans crainte, la tâche délicate d'aider les sages-femmes et les femmes-médecins européennes.

Certes, ceux qui ne croient pas à l'évolution de la société musulmane trouveront utopique cette idée de faire concourir les femmes indigènes à l'œuvre d'assistance médicale des femmes. Jamais, diront-ils, un seul de nos sujets musulmans d'Algérie ne consentira à laisser sa fille, sa sœur, sa parente, quitter le domicile familial pour aller, loin de la surveillance étroite et jalouse du chef de famille, recevoir une instruction française. Mais le cas de parents indigènes donnant à leurs filles une instruction française n'est pas absolument rare. *M^{me} Chellier Castelli* en rapporte un exemple bien net dans ses *notes de voyage*. Ces cas, il est vrai, se rencontrent plutôt dans les classes élevées de la société musulmane et les parents se soucieraient bien peu de donner à leurs filles une instruction qui leur ouvrirait une carrière, somme toute, peu relevée. Une sage-femme indigène placée dans un douar ou même dans un centre important de l'intérieur devra, en effet, être suffisamment rémunérée pour que sa profession soit honorable et honorée. D'autre part, les classes éle-

vées chez les indigènes ne sont pas très fortunées et nombreux sont les Musulmans d'Algérie, appartenant aux meilleures familles, qui acceptent et sollicitent même des fonctions salariées par le gouvernement pour que ces fonctions leur permettent de vivre.

Les futures sages-femmes pourront être recrutées, d'abord plus facilement, dans les familles habitant les grands centres. On a le droit de penser qu'il pourra se former des unions, parfaitement assorties, entre sages-femmes indigènes et auxiliaires médicaux indigènes, deux situations modestes et enviables seraient ainsi associées de la même façon que, souvent, chez les Européens, s'unissent instituteurs et institutrices, infirmiers et infirmières. Les élèves sages-femmes qui se présenteront les premières, habitant sans doute dans les grands centres, resteraient dans leurs familles. Quant à celles qui seraient un peu éloignées du centre où l'on installerait les cours destinés à les former, elles pourraient être, sans que les mœurs indigènes en souffrent, placées comme pensionnaires chez des amis, des connaissances, dans des familles honorablement connues et acceptées par l'administration. Pour plus de garantie encore, un notable de la ville, le *cadi* ou le *muphti*, un conseiller municipal ou général, serait le tuteur (*ouali*) de ces jeunes filles, exercerait sur elles une haute direction, une sorte de contrôle moral qui ferait une excellente impression sur l'esprit des parents ayant consenti à se séparer de leurs enfants.

L'enseignement de l'obstétrique donné aux futures sages-femmes serait à la fois théorique et pratique. Ces élèves n'auraient pas à se rendre à l'école de médecine ou à l'hôpital où elles risqueraient d'être froissées. Les cours pourraient être institués auprès des cliniques de femmes indigènes. Il est impossible, en effet, de songer à rendre ce nouvel enseignement universitaire. Cette institution des sages-femmes indigènes doit demeurer une institution purement administrative ; ces dernières ne devront pas recevoir de diplôme comme les sages-femmes françaises et fonctionneront dans certaines conditions spéciales les liant étroitement à l'administration.

Le reproche fait à l'enseignement des auxiliaires médicaux d'être un enseignement universitaire, semblant aboutir fâcheusement à un parchemin dont seraient tentés de servir abusivement les titulaires, serait de nouveau fait au cas où les sages-femmes indigènes, recevant un enseignement à l'école, pourraient être confondues avec les sages-femmes européennes.

Dans un autre ordre d'idées, les mœurs indigènes, dont il faut, tout de même, tenir compte, s'opposent fortement à ce que les futures élèves musulmanes se trouvent, de près ou de loin, en contact avec les étudiants européens, ce qui arriverait forcément si l'enseignement nouveau était donné, soit dans un hôpital européen, soit dans une maternité européenne.

Mais comme il est nécessaire toutefois que l'enseignement donné soit réellement pratique, comme il ne faut pas se borner, comme certains le demandent, à de simples démonstrations théoriques à l'aide de mannequins et de fœtus artificiels, les élèves sages-femmes, nous le répétons, seront attachées aux cliniques de femmes indigènes où elles pourront avoir quelques notions de clinique et aider le personnel traitant. Le médecin femme, la sage-femme, attachées à ces cliniques, amèneront par séries les élèves au domicile des parturientes qui, refusant l'hospitalisation, solliciteraient cependant l'intervention d'une sage-femme. d'un médecin femme au moment de leurs couches. Un service de garde pourrait être établi de façon à permettre à ces futures auxiliaires femmes de voir des cas d'urgence et d'apprendre ce qu'il faudra qu'elle fassent en présence de ces cas.

Toutes les personnes chargées de ce nouvel enseignement devront connaître, d'une façon suffisante, la langue arabe usuelle pour que leurs leçons soient le plus compréhensible, le plus clair possible. Nous ne devons plus cette fois renouveler l'expérience piteuse de la sage-femme de l'hôpital Sainte-Eugénie, obligée de recourir à une interprète pour pouvoir communiquer avec ses élèves. Il est vrai que les futures élèves sages-femmes devront, au début de leurs études, justifier de connaissances suffisantes de la langue française. Mais il pourra se trouver des élèves peu familières avec certaines tournures de la

langue française qui se trouveront bien aise de recevoir des explications en langue arabe. Bien mieux, il arrivera quelquefois que certaines élèves connaîtront beaucoup mieux le français que leur langue mère ; elles devront être initiées à certaines particularités de la langue arabe indispensables pour qu'elles puissent utilement se mettre en contact étroit avec leurs coreligionnaires arriérées. C'est, bien entendu, surtout la langue usuelle, l'arabe vulgaire, que devront connaître les femmes chargées de ce nouvel enseignement.

Les futures élèves sages-femmes, après un examen médical montrant qu'elles pourront bien vivre dans l'intérieur de l'Algérie, subiraient un examen d'admission analogue à celui que subissent les élèves sages-femmes françaises de deuxième classe. Les épreuves écrites consisteraient en une petite dictée française très facile, en un exercice élémentaire sur les quatre règles, le système métrique. Les épreuves orales comprendraient des questions simples de géographie élémentaire de l'Algérie, de langue arabe usuelle et de notions élémentaires d'hygiène.

Les cours et le stage de ces sages-femmes dureraient deux ans. Un examen de passage entre la première et la deuxième année et un examen définitif d'études permettraient de juger de l'instruction et de l'aptitude des élèves. Pour le premier examen, le jury comprendrait un médecin et la directrice de la clinique ; le jury de l'examen final comprendrait en plus une haute personnalité musulmane qui serait adjointe pour tranquilliser les familles et pour s'as-

surer des aptitudes générales des futures sages-femmes. Les élèves qui n'auraient pas obtenu un nombre de points suffisants seraient ajournées à une autre session.

Les matières des cours seraient réparties dans les deux années et seraient toujours exposées d'une façon élémentaire, mais précise. On cherchera à charger le moins possible la mémoire des élèves pour, au contraire, exercer, par tous les moyens, leur jugement et leur raisonnement.

Le programme des cours de première année comprendrait :

Notions très élémentaires sur l'anatomie et la physiologie humaines.

Explication de certains termes médicaux courants.

Notions d'hygiène, d'antisepsie ; soins généraux aux malades.

Etude élémentaire de l'anatomie et physiologie génitale de la femme ; notions sur la puberté et la nubilité.

Notions élémentaires d'obstétrique. Signes de la grossesse.

Différents temps du travail. Délivrance naturelle et artificielle. Conduite à tenir en cas d'accouchement.

Hygiène de la femme enceinte, de la femme en couches, de la nourrice.

Danger des avortements.

Soins à donner au nouveau-né et au jeune enfant. Direction de l'allaitement.

Stage assidu à la clinique où, dans l'intervalle des accouchements auxquels elles assisteront, elles seront habituées à

donner les soins journaliers aux malades (rôle de garde-malade).

En deuxième année les cours consisteraient en :

Notions élémentaires de pathologie surtout de la femme, des enfants ; étude des maladies contagieuses et épidémiques. Conduite à tenir en cas d'épidémie.

Maladies des femmes enceintes. Accidents de la grossesse.

Dystocie. Insister sur le rôle important qu'elles auront à remplir comme indicatrices des cas de grossesse anormale et de dystocie possible.

Notions de petite pharmacie.

Notions des devoirs administratifs de la sage-femme indigène (déclaration de naissance, de décès, de maladies contagieuses). Vaccination.

Comme en première année, stage à la clinique, palper, toucher, auscultation.

Manipulation de petite pharmacie.

Service de garde à tour de rôle.

A l'examen final la personnalité administrative pourra les interroger, de nouveau, sur les notions de langue arabe usuelle et sur la géographie de la région où elles seront appelées à exercer.

Dès leur admission, elles seront placées sous l'autorité préfectorale et dépendront directement de la sage-femme installée au centre de la commune.

Tout en donnant leurs soins aux femmes et aux enfants du douar dans lequel elles seront détachées, les futures sages-femmes pourront, grâce à l'instruction théorique qu'elles auront reçue, vulgariser dans les familles indigènes, où elles acquerront vite

une certaine influence, les notions pratiques de médecine familiale et d'hygiène domestique.

Il est, en effet, de toute nécessité que les femmes musulmanes d'Algérie s'intéressent elles-mêmes à l'assistance qu'on leur porte de façon à l'accepter plutôt qu'à la supporter. Pour les préparer à trouver bonne cette assistance, l'administration supérieure devrait vulgariser elle-même, comme elle l'a déjà tenté, mais malheureusement d'une façon peu rationnelle, ces notions indispensables d'hygiène, de prophylaxie. En France, c'est déjà à l'école primaire que l'on s'efforce de faire l'éducation des jeunes générations en leur inculquant quelques principes faciles d'hygiène générale. On est même allé plus loin dans cette voie d'éducation rationnelle en s'occupant, après avoir vaincu les préjugés de la masse, pour les jeunes filles de leur donner des principes de puériculture. A ce propos, le *professeur Pinard* a fait réunir un certain nombre de causeries où, dans un style familier mais exact, il a su frapper l'esprit de ces jeunes enfants.

A la lecture de ces petites leçons, vivement frappé de leur nécessité et de leur simplicité persuasive, on pouvait tenter d'en faire profiter les indigènes d'Algérie. C'est ce qu'a fait notre ami le *Dr Trenga* en se servant de la langue arabe usuelle qui a l'avantage d'être comprise par toutes les populations musulmanes de l'Algérie, par les ignorants aussi bien que par les lettrés. Le *Dr Trenga*, qui connaît à fond la langue des populations indigènes

d'Algérie, a composé, en arabe vulgaire, un petit opuscule traitant des soins à donner au nouveau-né et au nourrisson. Nous l'avons eu entre les mains, l'avons fait traduire et pouvons en citer quelques passages pour montrer la conception qui a guidé l'auteur de ce petit travail.

« D'après l'usage chez les Arabes on ne lave le nouveau-né qu'après le septième jour. Lorsqu'il vient de naître on l'oint d'huile et on le recouvre de linges ; l'enfant reste sale, taché de sang et d'autres malpropretés. Les femmes ne savent pas que la malpropreté est dangereuse et est cause de maladies chez les enfants ; de plus la malpropreté est cause d'abcès sur le corps des enfants et en outre donne du pus. Pour cette raison, il faut que l'enfant soit lavé dès sa naissance pour qu'il soit bien portant...

Plus loin, à propos de l'habillement du nouveau-né, la brochure dit :

Il est également un usage chez les Arabes de notre pays qui consiste à envelopper le bébé dans ses linges, de lui étirer les mains et les pieds et de les ceinturer fortement. Ils croient que quand le nouveau-né est bien serré il ne deviendra pas bossu et n'aura pas les jambes tordues.

Oh ! gens de bien, il faut cependant que vous sachiez que si vous laissez le bébé remuer ses mains et ses jambes, comme il le désire, il grandira comme il convient et son corps deviendra plus fort que le corps de l'enfant qui aura été serré fortement dans ses linges... Quant à la nourriture, la seule nourriture du nouveau-né est le lait qui sort du sein de la mère et qui entre directement dans la bouche du nouveau-né... En général les femmes qui accouchent chacune

d'elles pourra, sans aucun doute, nourrir son enfant à moins qu'elle ne soit malade ou bien qu'elle ait les seins mal conformés... Quand le bébé est bien portant, son corps grandit comme il convient et ses matières fécales sauf votre respect sont jaunes et ne puent pas. La femme qui nourrit ne doit pas se fatiguer et ne doit pas beaucoup travailler. Elle doit manger une bonne nourriture pour que son lait soit utile à l'enfant. La femme ne doit également ni crier ni se mettre en colère, parce que son lait se gâterait.

Au sujet de la vaccination contre la variole on leur dit :

« Pour que l'enfant ne soit pas également malade de la variole et on sait combien cette maladie est grave, le médecin de la commune devra le vacciner et il devra le faire quand l'enfant sera encore jeune parce que le pus du vaccin n'est pas dangereux et est au contraire un bienfait ; c'est le vaccin qui préserve de la variole. »

Cette brochure, répandue chez les indigènes, pourrait être lue et comprise avec avantage. Insensiblement se ferait ainsi une sorte d'éducation sociale du peuple arabe. Cependant, nous pensons bien que cette évolution sera très lente.

Comme nous ne pouvons pas songer à placer en très grand nombre, comme cela serait pourtant nécessaire, des femmes médecins, nous sommes amenés à concevoir l'assistance à domicile par les nouvelles sages-femmes indigènes, sous le contrôle rigoureux des sages-femmes ou des praticiens européens, comme la seule possible et capable de répandre, dans une mesure appréciable, les bienfaits de

notre médecine, dans les milieux indigènes. Le point essentiel à atteindre c'est d'arriver à donner à ces futures auxiliaires une éducation solide et rationnelle nous permettant de compter sur elles d'une façon presque absolue. Or, rien ne peut nous faire supposer que ce but ne pourra jamais être atteint. Parmi les œuvres d'assistance médicale indigène, celle des femmes et des enfants étant la plus délicate, mais aussi la plus urgente et la plus utile, tous nos efforts doivent se porter vers elle. Nous sommes heureux de voir que cette idée d'assistance des indigènes que beaucoup traiteraient d'utopique se retrouve nettement exposée dans le rapport de *M. Gervais*, député, sur le budget des colonies, où il traite longuement de la question indigène.

« Nous devons, dit *M. Gervais*, traiter les indigènes comme des membres de la grande famille humaine et les faire bénéficier de toutes les conquêtes que la science a déjà apportées à l'humanité. Outre les soins médicaux destinés à soulager leurs souffrances, ils doivent attendre de nous des conseils éclairés sur les moyens d'éviter les maladies et prévenir les épidémies. Etant les principaux contribuables auxquels nous demandons sans cesse des augmentations d'impôts, ils doivent en retrouver l'emploi dans leur vie privée surtout et sentir que les sacrifices qui leur sont imposés servent aussi à l'accomplissement des devoirs de solidarité sociale. »

CONCLUSIONS

I. — L'assistance médicale des indigènes, dont la nécessité est reconnue par tous, n'est pas encore faite d'une façon rationnelle, malgré les tentatives ébauchées depuis notre occupation.

II. — En chassant certains préjugés et en utilisant mieux les ressources budgétaires (fournies par les indigènes eux-mêmes), nous devons organiser cette assistance sur des bases logiques. Les raisons qui nous y obligent sont nombreuses : raisons d'humanité, raisons politiques et sociales. Il nous faut : *a*) nommer un plus grand nombre de médecins de colonisation (à ce sujet on peut même étudier, d'une façon particulière, la question des médecins comme administrateurs de communes mixtes) ; *b*) organiser d'une façon plus logique et mieux comprise les infirmeries indigènes ; *c*) faire des auxiliaires médicaux indigènes de véritables indicateurs médicaux et des aides sérieux des médecins, les disséminer dans les douars en les surveillant ; *d*) mettre des crédits suffisants pour médicaments à la disposition de l'œuvre d'assistance. Parallèlement il faut faire pénétrer dans les douars, par voie administrative certains prin-

cipes d'hygiène publique et privée ; appliquer, après modifications, la loi sur la santé publique.

III. — L'assistance médicale des femmes et des jeunes enfants, la plus utile et la plus urgente, est, en particulier, à peine ébauchée et mérite l'attention de l'administration et des praticiens.

IV. — La femme musulmane d'Algérie, surtout celle de l'intérieur, à cause de la vie sociale des Musulmans, maltraitée par les hommes, se trouve en dehors des bienfaits de la médecine moderne. Surtout au sujet de la gestation, les soins lui manquent totalement, ainsi qu'aux enfants en bas-âge. Elle n'est cependant pas réfractaire aux idées rationnelles d'hygiène et de médecine sociale et elle accepte volontiers les soins qu'on lui donne.

V. — Nous devons profiter de certains sentiments, aussi développés chez les femmes mulsumanes d'Algérie que chez celles des pays civilisés, exalter même ces sentiments pour pouvoir transformer heureusement ces populations ; car c'est par la femme indigène que nous ferons évoluer les indigènes.

VI. — La femme seule, d'autre part, pourra réellement tenter, pendant longtemps encore, de pénétrer auprès des femmes indigènes. Aussi l'assistance des femmes indigènes par les femmes est la seule à organiser.

VII. — On pourra utilement se servir, plus ou moins rapidement, de la femme indigène elle-même dans tous les cas où la femme européenne ne pourra être employée.

VIII. — Au début, les kablas, accoucheuses arabes, encore trop ignorantes mais après avoir été suffisamment éduquées et instruites, seront les premiers agents de cette assistance.

IX. — Viendront ensuite les sages-femmes indigènes, véritables auxiliaires, formées par l'administration française, pouvant suppléer, après autorisation, dans la pratique courante, les praticiens européens.

X. — Les nouvelles sages-femmes indigènes seront sous le contrôle direct des praticiens femmes européens siégeant au centre des communes mixte, auprès du médecin de colonisation. Les praticiens européens devront surveiller les pratiques de leurs auxiliaires, s'occuper des cas compliqués et faire le nécessaire quand elles le devront.

XI. — C'est grâce à ces deux ordres de praticiens fonctionnaires, européens et indigènes, que pourra commencer à fonctionner d'une façon rationnelle et utile l'assistance à domicile pour les femmes et les enfants, seule capable de donner des résultats pratiques.

Vu : le Président de la thèse,

PINARD

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

MERLIN. — Art. Légitimité du répertoire universel et raisonné de jurisprudence. Paris, 1827.

— Moniteur algérien, 1840.

KHALIL (SIDI). — Précis de jurisprudence musulmane selon le rite malékite, trad. par Perron. Paris, 1848.

BERTHERAND (E.-L.). — Hygiène et médecine des arabes. Paris, 1856.

CASTEX. — Gazette médicale de l'Algérie, 1858.

PUÉJAC (M^{le}). — Mémoire sur l'hygiène de la première enfance en Algérie. Montpellier, 1863.

LECLERC. — Une mission médicale en Kabylie. Paris, 1864.

GODEFROY — Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale, n° 9. Paris, 1864.

— Annales d'hygiène, t. XXVIII, 1867.

HANOTEAU et LETOURNEUX. — La Kabylie et les coutumes kabyles. Paris, 1872.

GOGUEL. — Gazette hebdomadaire de médecine. L'accouchement chez les Hébreux et les Arabes, 1877.

EBN ACEM. — La Tohfat. — Traité de droit musulman, trad. par J. Houdas et Martel. Alger, 1882.

BEN LARBÉY. — Médecine arabe en Algérie. Thèse Paris, 1884.

- ENGELMANN. — La pratique des accouchements chez les peuples primitifs, trad. par Rodet. Paris, 1886.
- ROUVIER. — Des mariages précoces et de leurs conséquences. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, Mars. Paris, 1889.
- RAYNAUD. — Un mois dans l'Aurès. Mission en Kabylie. Alger, 1892.
- VERRIER. — Leçons sur l'accouchement comparé dans les races humaines. Paris, 1893.
- PERRIN (J.). — Essai sur la médecine des arabes et l'Assistance médicale des indigènes. Thèse Toulouse, 1896.
- DOROTHÉE CHELLIER (D^{sse}). — Voyage dans l'Aurès. Notes d'un médecin envoyé en mission chez les femmes arabes. Tizi-Ouzou, 1896.
- CHELLIER-CASTELLI (D^{sse}). — Notes de voyage et rapport au gouverneur général d'une mission médicale chez les indigènes d'Algérie. Montélimar, 1897.
- COLLIN (MAURICE). — Quelques questions algériennes. Paris, 1899.
- LE MAGUET. — Le monde médical parisien sous le grand roi. Thèse Paris, 1899.
- BRUCH BORDO et SOULIÉ. — Hygiène et assistance en Algérie. Alger, 1900.
- BROUARDEL. — Le mariage. Cours de médecine légale. Paris, 1900.
- BRUCH. — Puériculture ou élevage des enfants. Tunis, 1903.
- ROUX (CHARLES). — Le rôle du médecin dans l'œuvre de colonisation. La réforme sociale du 16 juillet. Paris, 1903.
- PICARD (GEORGES). — De la puerpéralité chez les femmes âgées de moins de 16 ans. Thèse Paris, 1903.

GOMMA. — L'Assistance médicale en Tunisie. Thèse Bordeaux, 1904. Circulaire du gouverneur général aux préfets, 5 décembre 1904.

Exposé de la situation générale au Conseil supérieur de l'Algérie, 1904.

Bulletin médical de l'Algérie. Divers, 1904.

FOUBERT. — Infirmerie indigène de Marnia, 1904.

LÉGEY (D^{sse} J.). — Notes sur le fonctionnement de la Clinique indigène d'Alger. Alger, 1904.

ABADIE FEYGUINE (D^{sse}). — De l'Assistance médicale des femmes indigènes en Algérie. Thèse Montpellier, 1905.

DUCHÈNE (M.). — Hygiène des musulmans d'Algérie. Thèse, 1905.

BRAULT. — Pathologie et hygiène des musulmans d'Algérie. Alger, 1905.

COLIN (G.). — Abderrezacq el jezaïri. Un médecin arabe au XI^e siècle de l'hégire. Thèse Montpellier, 1905.

Bulletin médical de l'Algérie. Divers, 1905.

Revue algérienne et Tunisienne de législation. Divers, 1905.

CHELIER-CASTELLI (D^{sse}). — L'Assistance médicale féminine chez les Musulmans. Ses débuts. Alger, 1906.

Bulletin médical de l'Algérie. Divers, 1906.

Revue algérienne et tunisienne de législation. Divers, 1906.

APPENDICE

Notre modeste travail sur l'assistance médicale des femmes indigènes d'Algérie était à peine terminé, que la cinquième session du Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, tenue à Alger les premiers jours d'avril 1907, agitait certaines questions importantes relatives, justement, à cette assistance médicale des femmes musulmanes d'Algérie. Nous étions heureux, en suivant les discussions auxquelles donnèrent lieu les intéressantes communications touchant ce sujet, de constater que plusieurs praticiens, bien au courant de la mentalité et des mœurs indigènes, semblaient partager nos idées en matière d'assistance médicale pour les populations musulmanes d'Algérie.

C'était d'abord le *docteur Brunswick le Bihan*, chirurgien de l'hôpital indigène Sadiki de Tunis, qui, dans son intéressante note sur son service de gynécologie, nous démontrait nettement l'utilité, la nécessité qu'il y avait pour les praticiens exerçant en pays musulmans d'amener les indigènes à accepter les pratiques rationnelles de notre médecine moderne.

C'était le *docteur Sabadini*, chirurgien de l'hôpital

civil de Mustapha (Alger), qui nous parlait des accidents multiples consécutifs à des accouchements laborieux chez les femmes indigènes d'Algérie, accidents souvent très difficiles à réparer par le chirurgien appelé à les traiter presque toujours trop tard. Ainsi, le grand nombre de fistules vésico-vaginales, observées chez les femmes musulmanes, provenait des conditions défectueuses dans lesquelles se produit ordinairement l'accouchement chez ces femmes.

C'était aussi le *docteur Trenga* qui, développant une note sur l'utilisation la plus large possible de la langue arabe usuelle pour vulgariser chez les femmes indigènes d'Algérie les notions élémentaires et indispensables de médecine et d'hygiène, insistait sur le devoir qu'il y avait de ne plus laisser la femme et l'enfant musulmans privés des bienfaits de notre médecine et faisait émettre, par le Congrès, le vœu que, pour arriver à faire de la médecine réellement utile chez les femmes indigènes, tous les praticiens, hommes ou femmes, appelés à donner leurs soins aux populations musulmanes d'Algérie, seraient tenus de justifier de connaissances suffisantes en langue arabe usuelle.

C'était encore, dans la section de médecine et d'hygiène infantile, le *docteur Edmond Vidal* qui faisait adopter le vœu suivant, à propos de sa communication sur la tuberculose chez les enfants arabes :

« La section de médecine et d'hygiène infantiles émet le vœu que la loi du 15 février 1902 soit appliquée dans les limites compatibles avec les conditions locales, à la popula-

tion indigène des communes de plein exercice aussi bien qu'à la population européenne. »

C'était, dans cette même section, le *docteur Lemaire* qui faisait également adopter un vœu tendant à ce que la vulgarisation anti-tuberculeuse par lettres, affiches, etc., soit faite, comme l'avait déjà proposé le *docteur Trenga*, en arabe vulgaire et non en arabe littéral.

C'était enfin le *docteur Ben Brimat* qui, dans une communication sur l'assistance des femmes indigènes en couches, faisait nettement ressortir les conditions défectueuses dans lesquelles se trouvent actuellement encore les parturientes indigènes.

- Après une discussion très intéressante au sujet de cette dernière communication, les sections réunies de gynécologie et d'obstétrique du Congrès, avait, à l'unanimité, admis la proposition suivante, émise par les *docteurs Sabadini, Brunswick le Bihan, Trenga et Ben Brimat*.

« En raison des conditions désastreuses de l'obstétrique indigène dans les tribus de l'intérieur, le Congrès émet le vœu qu'il soit créé dans l'avenir un corps d'infirmières musulmanes (véritables auxiliaires médicaux femmes) pouvant éventuellement remplir le rôle de sage-femme. En attendant la réalisation de ce vœu le Congrès estime qu'il y aurait lieu d'envoyer dans les agglomérations indigènes des sages-femmes françaises, préparées à ces fonctions par une connaissance suffisante de la langue arabe usuelle. »

Ce vœu, qui répondait assez bien au projet, exposé dans notre thèse, de sages-femmes indigènes

et de sages-femmes européennes de colonisation, indiquait nettement la possibilité de créer une véritable assistance à domicile des femmes indigènes par les femmes. Il fut modifié au dernier moment, au début même de la séance plénière du Congrès, à la suite d'objections émises par des membres influents du Congrès (difficulté du recrutement ; danger d'envoyer des sages-femmes peu éduquées ou mal éduquées, capables de disséminer l'infection puerpérale et de pratiquer les avortements ; difficulté de mettre des sages-femmes diplômées sous le contrôle des médecins de colonisation ; conflits qui naîtraient entre ces sages-femmes et les médecins de colonisation ; possibilité d'exercice illégal de la médecine, etc.)

A ce propos il eut été intéressant de connaître les projets officiels élaborés à ce sujet ; car ils eussent, sans doute, été le point de départ de discussions instructives ; tous les congressistes, à qui cette question était familière, ne partageant certainement pas les mêmes idées. Ainsi, par exemple, eut été discuté et peut être résolu, l'important projet de maternité école pour sages-femmes indigènes.

Le Congrès émit simplement le vœu, considéré par nous comme extrêmement important, que l'administration étudie, au plus tôt, l'organisation de l'assistance médicale et obstétricale aux femmes indigènes.

L'attention du monde médical et des pouvoirs publics a néanmoins été attirée d'une façon suffi-

sante sur la condition digne de sollicitude de la femme et de l'enfant indigènes, privés des bienfaits de notre hygiène et de notre médecine moderne. Le gouverneur général lui-même, dans un discours officiel aux membres du Congrès, a reconnu que l'assistance aux femmes indigènes était à peine ébauchée ; mais c'était pour ajouter qu'une grande part de son activité allait se dépenser pour les œuvres d'assistance spéciale. Nous sommes persuadé qu'il sera aidé, dans cette noble tâche, par beaucoup de praticiens d'Algérie qui n'ont pas, pour les arrêter dans leur désir de progrès, ces préjugés de race qui paralysent trop souvent les intelligences les mieux douées, les initiatives les meilleures.

Quant aux étroits intérêts particuliers s'opposera nettement l'intérêt général, tous les praticiens d'ici, même ceux qui aujourd'hui semblent les plus hostiles à une œuvre de relèvement social des races indigènes d'Algérie, reconnaîtront la grandeur de la tâche à laquelle on les convie et ils ne voudront pas, ils ne pourront pas y faillir.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.....	7
INTRODUCTION.....	II

PREMIÈRE PARTIE

Assistance médicale des Indigènes en général

CHAPITRE I. — Considérations générales.....	17
CHAPITRE II. — Revue historique et critique de l'assistance médicale des indigènes. Médecins arabes, marabouts. Médecins militaires. Médecins de colonisation. Hôpitaux et infirmeries indigènes. Consultations et délivrance gratuites de médicaments. Auxiliaires médicaux.....	31

DEUXIÈME PARTIE

Assistance médicale des Femmes indigènes et des Enfants en bas âge.

CHAPITRE I. — Considérations générales.....	59
CHAPITRE II. — Notes sur l'état de l'obstétrique et de la puériculture chez les indigènes d'Algérie..	77

Observation I.....	80
Observation II.....	81
CHAPITRE III. — Etat actuel de l'assistance médicale des femmes et des enfants indigènes.....	92
A). — Assistance dans les centres importants, particulièrement à Alger.....	92
B). — Assistance des femmes indigènes dans l'intérieur de l'Algérie.....	102
CHAPITRE IV. — Essai d'organisation de l'assistance médicale des femmes.....	107
CONCLUSIONS.....	131
BIBLIOGRAPHIE.....	135
APPENDICE.....	138
TABLE DES MATIÈRES.....	143

GRAVURES

Salle de malades de la Clinique indigène d'Alger.	96'
Salle de consultations de la Clinique indigène d'Alger.	96'
Vues extérieure et intérieure de la Clinique indigène de Maison Carrée.....	102'